RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2013-2014

DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

UNE INSPIRATION. DE L'INNOVATION.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2013-2014

DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE
LE 15 SEPTEMBRE 2014

UNE INSPIRATION. DE L'INNOVATION.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Québec

Production
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Coordination
Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

Rédaction
Directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Révision des textes et graphisme
Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

Diffusion
Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

Droit d'auteur © Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
ISBN 978-2-924287-39-2 (version imprimée)
ISBN 978-2-924287-40-8 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Pour obtenir une copie de ce document, vous pouvez communiquer avec le Service de la performance, de la qualité et des communications de la Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines, au numéro suivant : 819 829-3400, poste 42548. Ce document est également disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca.

Sur la couverture (de haut en bas) : Résidente en gériatrie au Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), Dr Guy Lacombe, gériatre (CSSS-IUGS), usagère (CSSS-IUGS), Mme Ariane Le Blanc, assistante à la coordination professionnelle (CSSS-IUGS), Mme Catherine Bouchard avec la petite Elizabeth, patientes à l'unité de maternité du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Message

DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

C'est une fierté pour nous de rendre compte, au rapport annuel, des éléments marquants du travail du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie; une année d'investissement significatif et de développement de services, tout en assurant le maintien de l'équilibre budgétaire des établissements.

En première ligne, c'est plus de 1,2 millions de dollars alloués aux groupes de médecine de famille de Sherbrooke pour compléter les équipes de professionnels et de professionnelles afin d'améliorer la qualité des services, la prise en charge et bien sûr l'accès. Du coup, au 31 mars 2014, ce sont 16 000 Estriens et Estriennes de plus que l'an dernier qui étaient inscrits à un médecin de famille. Toujours en termes d'accès, la réponse téléphonique à Info-Santé s'est aussi améliorée, le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées continue d'augmenter et nous avons soutenu des investissements de 650 000 $ en services généraux dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Au regard des services de maintien à domicile des personnes âgées, 3,3 millions de dollars additionnels ont été alloués en CSSS et aux organismes communautaires afin de poursuivre le développement de services variés à domicile et en milieu de vie. De plus, une maison de soins palliatifs a ouvert ses portes pour la clientèle des municipalités régionales de comté (MRC) du Granit et du Haut-Saint-François, un projet attendu et bien préparé par les communautés.

Nous avons poursuivi nos efforts de déploiement, mais aussi de maintenance évolutive de nos systèmes d'information. Les équipes des ressources informationnelles sont dédiées à soutenir les cliniciens et les cliniciennes de l'Estrie par la mise en place du Dossier de Santé du Québec et des composantes du Dossier clinique informatisé (DCI) retenu pour la région. Nous demeurons convaincus que l'informatisation est un levier puissant d'amélioration de la qualité et de la performance du travail des cliniciens et des cliniciennes. Tout en poursuivant les chantiers d'optimisation au niveau des ressources informationnelles, à la suite du travail de priorisation des représentants cliniques des établissements, les priorités de développement du DCI ont été adoptées par les directeurs généraux et les directrices générales.

En matière de réseau d'établissements, sept d'entre eux ont entrepris des démarches d'analyse rigoureuses de regroupement afin de poursuivre les actions d'optimisation, d'amélioration de l'attraction du personnel et des médecins et d'organisation des services. Les conseils d'administration poursuivront leur travail au cours des prochains mois afin de décider des orientations au cours de l'année 2014-2015.

Les travaux réalisés par le personnel du réseau sont majeurs et méritent toute notre appréciation. Il faut souligner la chance que nous avons comme Estrien et Estrienne d'avoir une aussi vaste gamme de services de grande qualité.

M^e Denis Paré
Président du conseil d'administration

M^me Johanne Turgeon
Présidente-directrice générale

Déclaration

SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2013-2014 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (Agence), ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

Johanne Turgeon

M^me^ Johanne Turgeon
Présidente-directrice générale

Tragédie de Lac-Mégantic

UNE MOBILISATION SANS PRÉCÉDENT

L'année 2013-2014 a été marquée par un sinistre ayant touché toute notre région certes, mais sévèrement la MRC du Granit. L'accident ferroviaire de Lac-Mégantic est survenu à 1 h 14 le 6 juillet 2013 à la suite d'un déraillement de 72 wagons-citernes contenant du pétrole brut léger. Provoquant des explosions et un incendie qui a détruit une quarantaine d'édifices du centre-ville dans une zone de 2 km², l'accident a aussi causé la mort de 47 personnes.

L'Agence s'est mobilisée dès 1 h 51, alors que le coordonnateur de sécurité civile du CSSS du Granit a demandé du soutien. Dès ce moment, par le biais de la coordination régionale en sécurité civile, c'est l'ensemble des établissements du réseau sociosanitaire estrien qui s'est engagé pour venir en aide à la communauté bouleversée. Puis, de par l'ampleur de l'événement, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec ainsi que trois autres régions se sont mobilisés afin de compléter l'offre de service requise.

Dès les petites heures du matin le 6 juillet, et ce, jusqu'au 22 août 2013, des intervenantes psychosociales et des intervenants psychosociaux supplémentaires arrivaient à Lac-Mégantic pour prêter main forte à leurs collègues déjà sur place. À l'ouverture du Centre de services aux sinistrées et aux sinistrés, de multiples besoins cliniques ont également demandé la présence de personnel infirmier sur place en tout temps. En tout, ce sont près de 350 personnes intervenantes qui sont venues offrir leur soutien à la population de Lac-Mégantic ce qui met en lumière l'entraide spontanée de tous les milieux. Rappelons qu'au plus fort de la crise, près de 2000 citoyennes et citoyens, soit le tiers de la population de la ville, étaient évacués de leur domicile. Il en a été de même pour les deux sites du Groupe de médecine de famille du Granit ainsi que pour le point de service du Centre jeunesse de l'Estrie (CJE) qui ont dû être relocalisés.

Le Centre de coordination régionale de sécurité civile de l'Agence a été ouvert du 6 juillet au 16 août 2013 afin de soutenir les actions mises en place sur le plan local et d'assurer un arrimage et une coordination des interventions en cours de la part de tous les acteurs impliqués. Tous les volets de la mission santé étaient concernés : santé publique, psychosocial, communication, santé de première ligne, services préhospitaliers d'urgence, hospitalier ainsi que les ressources humaines, informationnelles, matérielles et financières. Ce fut le dossier prioritaire pour l'Agence durant toute cette période et chacun y contribuait de façon à faire en sorte que tous les besoins rencontrés soient comblés.

UN PAS VERS UN LONG RÉTABLISSEMENT

En plus des conséquences au plan émotif, les pertes humaines, financières, matérielles et sociales ainsi que des multiples démarches inhérentes à ces pertes, l'événement entraînera des répercussions sur plusieurs années. Les enjeux environnementaux considérables perdureront encore plusieurs années. La gestion des risques et des perceptions des risques à la santé qui en découlent sera également importante. La poursuite d'une mobilisation coordonnée des ressources à long terme et l'adoption d'une approche systémique pour répondre aux impacts du sinistre lors de la phase de rétablissement sont donc essentielles et sont assurées par la mise en place d'un plan conjoint régional et local de rétablissement.

La phase cruciale de rétablissement s'annonce plutôt longue et le plan régional et local de rétablissement a pour objectif d'orchestrer l'évaluation continue, la coordination, la réalisation et le suivi des mesures particulières sociosanitaires qui doivent s'actualiser auprès de la population sinistrée pour réduire les impacts du sinistre et prévoir la prise en charge des séquelles possibles à moyen et à long terme.

LA RÉSILIENCE D'UNE COMMUNAUTÉ

L'Agence désire féliciter tous les acteurs impliqués pour leur rapidité d'action en intervention ainsi que la résilience dont la population Méganticoise a fait preuve depuis les derniers mois, particulièrement le personnel du CSSS du Granit, du point de service du CJE, du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement de l'Estrie, du service préhospitalier d'urgence ainsi que des organismes communautaires du milieu. L'Agence souhaite également témoigner toute sa gratitude envers ceux et celles œuvrant toujours sur le terrain avec tant de compétence et de respect.

Johanne Turgeon

M^me^ Johanne Turgeon
Présidente-directrice générale

Table DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES XI

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE ET DE SON RÉSEAU

1.1 AGENCE 3

1.1.1 Vision, mission et valeurs 3
1.1.2 Organigramme 8
1.1.3 Effectifs de l'Agence 9
1.1.4 Conseil d'administration 10
1.1.5 Table de coordination régionale de l'Estrie (TCRE) 12
1.1.6 Comité de gouvernance et d'éthique 14
1.1.7 Comité de vérification 15
1.1.8 Comité de vigilance et de la qualité 16
1.1.9 Comité régional pour le programme d'accès en langue anglaise 17
1.1.10 Forum de la population 18
1.1.11 Commission infirmière régionale de l'Estrie 19
1.1.12 Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie 20
1.1.13 Département régional de médecine générale 21
1.1.14 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 22
1.1.15 Comité régional sur les services pharmaceutiques 23

1.2 RÉSEAU ESTRIEN DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 25

1.2.1 Territoire couvert et population 25
1.2.2 Établissements 27
1.2.3 Affaires corporatives 29
1.2.4 Effectifs du réseau estrien 29
1.2.5 Organismes communautaires 31

2 ENJEUX PRIORITAIRES DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015

2.1 ENJEU 1 : UNE CONSOLIDATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, EN PARTENARIAT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS, LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES DIVERS PARTENAIRES DU RÉSEAU, DONT LES GMF ET LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES, ADAPTÉS AUX BESOINS DE LA POPULATION POUR ASSURER UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES 35

2.1.1 Adapter l'organisation des services de santé et des services sociaux en fonction des besoins de la clientèle et du vieillissement de la population 37
2.1.2 Consolider l'offre de service de première ligne et de services spécialisés pour une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services 39
2.1.3 Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés 72
2.1.4 Développer un partenariat privilégié dans la mise en réseau des services 73
2.1.5 Assurer la qualité des soins et des services de santé et des services sociaux offerts 74

2.2 ENJEU 2 : LA MAXIMISATION DE NOTRE CAPACITÉ D'ATTRACTION, DE RÉTENTION ET D'ADAPTATION À L'ÉVOLUTION DE LA PÉNURIE ACTUELLE ET APPRÉHENDÉE EN RESSOURCES HUMAINES, DANS L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE 83

2.2.1 Augmenter le pouvoir d'attraction du secteur de la santé et des services sociaux 85
2.2.2 Soutenir les processus de recrutement des établissements 89

2.2.3 Accroître le taux de rétention de la main-d'œuvre dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie 91
2.2.4 Positionner le développement des compétences auprès des employeurs et des employés et employées du secteur, comme source privilégiée de motivation de la main-d'œuvre et d'amélioration de la performance des établissements 95
2.2.5 Bonifier la programmation des activités de développement des compétences en fonction des besoins spécifiques des établissements 98
2.2.6 Développer une image de marque et d'employeurs choix dans notre région aux yeux des candidats et des candidates, ainsi que du personnel 100
2.2.7 Mobiliser l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux autour du réseau estrien, et des enjeux de la planification de la main-d'œuvre 102

2.3 ENJEU 3 : LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE PROMOTION, DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION PRÉVUES DANS LE *PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007* ET DE SA MISE À JOUR 2010 105

2.3.1 Accentuer les mesures de promotion de la santé et de bien-être et de prévention primaire des maladies dans tous les domaines de la santé publique 107
2.3.2 Utiliser des méthodes et des stratégies efficaces pour agir dans les différents domaines de la santé publique 121
2.3.3 Assurer la protection de la santé publique par une vigie sanitaire et par l'application des lignes directrices lors de signalements, d'éclosions, ou d'intoxications à déclaration obligatoire 126

2.4 ENJEU 4 : LA PERFORMANCE PAR L'AMÉLIORATION DE LA PRODUCTIVITÉ, LES MÉTHODES DE SUIVI DE GESTION ET L'OPTIMISATION DES RESSOURCES 131

2.4.1 Répondre aux défis par le développement d'organisation performante et novatrice 133
2.4.2 Assurer une gestion rigoureuse en optimisant l'utilisation des ressources disponibles 135
2.4.3 Relever les défis de santé financière par la diminution des dépenses administratives 144
2.4.4 Mettre en œuvre des mécanismes de négociation des ententes de gestion mobilisants 146

3 DONNÉES FINANCIÈRES

3.1 ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 151

3.1.1 Rapport de la direction 151
3.1.2 Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés de l'Agence 152
3.1.3 Suivi de la réserve 154
3.1.4 États des résultats des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations résumés pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 155
3.1.5 États des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations résumés pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 159
3.1.6 Bilans résumés des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations au 31 mars 2014 161
3.1.7 État des résultats et bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2014 162
3.1.8 État résumé du solde de fonds combiné des fonds affectés au 31 mars 2014 165
3.1.9 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 166
3.1.10 Notes aux états financiers résumés 167

3.2 ÉTATS FINANCIERS DU RÉSEAU 179

3.2.1 Situation financière des établissements 179
3.2.2 Budget net de fonctionnement 181
3.2.3 Optimisation des ressources 182
3.2.4 Autorisations d'emprunt temporaire 183
3.2.5 Allocation des ressources aux organismes communautaires 184

ANNEXE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS ET DES ADMINISTRATRICES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE 193

Liste

DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AITC	ARCHITECTURE INTÉGRÉE TECHNOLOGIQUE COMMUNE
AMP	ACTIVITÉ MÉDICALE PARTICULIÈRE
C. A.	CONSEIL D'ADMINISTRATION
CAFE	CRISE - ADO - FAMILLE - ENFANCE
CAR	CENTRE D'ASSISTANCE RÉGIONAL
CAT	CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME
CECII	COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIERS ET DES INFIRMIÈRES
CHSLD	CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
CHUS	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
CIIA	COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES
CIRE	COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE
CJE	CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE
CMDP	CONSEILS DE MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS
CMURE	COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE
CR	CENTRE DE RÉADAPTATION
CRDE	CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE L'ESTRIE
CRDI	CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
CRDITED	CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT
CRE	CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE INC.
CRSP	COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

CSSS	CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DCI	DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ
DGTI	DIRECTION GÉNÉRALE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION
DI-TED	DÉFICIENCE INTELLECTUELLE - TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT
DMS	DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR
DRMG	DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE
DSAMU	DIRECTION DES SERVICES, DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES
DSP	DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
DSPE	DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION
DSQ	DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC
ETC	ÉQUIVALENT TEMPS COMPLET
GMF	GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE
IAB	INITIATIVE DES AMIS DES BÉBÉS
IMP	INTERVENTION MULTIFACTORIELLE PERSONNALISÉE
IPS-SPL	INFIRMIER PRATICIEN SPÉCIALISÉ OU INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE
ITSS	INFECTION TRANSMISE SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG
IUGS	INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE
LSSSS	LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX
MADO	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
MELS	MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT
MFA	MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS
MOI	MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE
MRC	MUNICIPALITÉ RÉGIONALE DE COMPTÉ
MSSS	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

OEDC	OBSERVATOIRE ESTRIEN DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS
PAB	PRÉPOSÉE OU PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES
PAR	PLAN D'ACTION RÉGIONAL
PCP	PRATIQUE CLINIQUE PRÉVENTIVE
PDG	PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE
PDRH	PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
P.I.E.D.	PROGRAMME INTÉGRÉ D'ÉQUILIBRE DYNAMIQUE
PNSP	PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE
PQDCS	PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
PREM	PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX
PRF	PLAN RÉGIONAL DE FORMATION
PSI	PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉS
PSOC	PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
RBQ	RÉGIE DU BÂTIMENT DU QUÉBEC
RI	RESSOURCES INTERMÉDIAIRES
RITM	RÉSEAU INTÉGRÉ DE TÉLÉCOMMUNICATION MULTIMÉDIA
RSIPA	RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES
RSSS	RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
RTF	RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL
RPQ	RÉSEAU PLANETREE QUÉBEC
SAD	SOUTIEN À DOMICILE
SAPA	SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES
SIM	SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU
SIPPE	SERVICE INTÉGRÉ EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE

SNCE	SERVICE NATIONAL DU COURRIER ÉLECTRONIQUE
TAQ	TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC
TCRE	TABLE DE COORDINATION RÉGIONALE DE L'ESTRIE
TECFE	TABLE ESTRIENNE DE CONCERTATION FORMATION EMPLOI
TRCDMS	TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE
TRQ	TABLE RÉGIONALE QUALITÉ
TRRH	TABLE RÉGIONALE DES RESSOURCES HUMAINES
UQTR	UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
URFI	UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

1

Rôle et fonctionnement DE L'AGENCE ET DE SON RÉSEAU

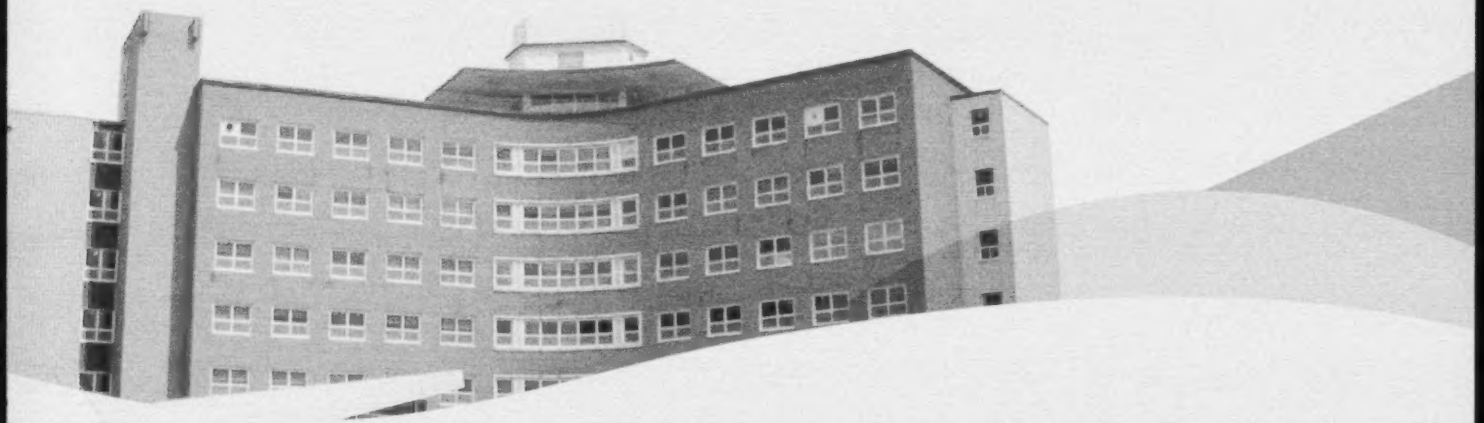
1.1 AGENCE

1.1.1 VISION, MISSION ET VALEURS

Vision

L'Estrie est une région universitaire avant-gardiste qui encourage l'innovation, le transfert des connaissances, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine des services de santé et des services sociaux. Le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) de l'Estrie est une organisation dynamique et fière des améliorations des dernières années, dont les compétences sont mises au service de sa population, afin de mettre en œuvre des actions portant sur la promotion de saines habitudes de vie, la prévention des problèmes de santé et de bien-être, la protection de la santé publique, et d'offrir des services de santé et des services sociaux qui répondent à ses besoins et à ses particularités.

Préoccupé par l'accessibilité rapide et simplifiée et par la qualité des services, le réseau des établissements vise à se surpasser pour le mieux-être de ses citoyens et de ses citoyennes, et entend offrir des services intégrés, novateurs, coordonnés par du personnel qualifié dans son organisation. L'organisation du système de services doit se consolider autour des réseaux locaux de services, responsables de rendre accessibles les services intégrés à la population du territoire.



Mission

La mission de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (Agence) consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de sa population, et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en partenariat avec les établissements, les organismes communautaires et les autres partenaires concernés.

L'Agence exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de mise en réseau de services, de surveillance, de promotion et de protection de la santé publique, de financement, d'allocation de ressources humaines et de services généraux et spécialisés.

Les principaux mandats de l'Agence sont définis à l'article 340 de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (L.R.Q., chapitre S-4.2). À cette fin, l'Agence a pour objet de :

- assurer la participation de la population à la gestion du réseau;
- assurer le respect des droits des usagers et des usagères;
- s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers et aux usagères;
- faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- allouer les budgets destinés aux établissements, accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées;
- coordonner les activités médicales particulières, les activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et favoriser leur collaboration avec les autres agentes et agents de développement de leur milieu;
- coordonner les services avec ceux offerts dans les autres régions;
- mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes :
  - informer sur l'état de santé de la population, les problèmes de santé prioritaires, les groupes vulnérables, les facteurs de risques, les interventions efficaces;
  - identifier des situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population;
  - mettre en place des mesures de protection de la santé publique;
  - développer une expertise en promotion et en prévention;
  - identifier des situations où une activité intersectorielle s'impose;
- assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- exercer les responsabilités prévues à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes en fonction des cibles nationales et régionales, et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- soutenir les établissements dans l'organisation des services;
- intervenir auprès des établissements pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'ententes, préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
- permettre aux établissements l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
- s'assurer des mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements;
- développer des outils d'information et de gestion pour les établissements et les adapter à leurs particularités;

- développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services, et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- développer des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits des usagers et des usagères;
- exécuter tout autre mandat que le ministre lui confie;
- assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels (article 371);
- élaborer, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit, et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines, et veiller à leur application (article 376);
- veiller au respect des orientations et des priorités en matière de santé et de bien-être, en regard du respect des priorités définies (article 346);
- délivrer la certification à l'exploitant ou à l'exploitante d'une résidence privée pour aînés si, après vérification, cet exploitant ou cette exploitante remplit les conditions prévues (article 346.0.6);
- faire une inspection dans une résidence privée pour aînés afin de constater que les critères et les normes d'exploitation sont respectés et que l'exploitant évite toute pratique ou situation pouvant compromettre la santé ou la sécurité des résidents (article 346.08);
- élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, pour les personnes d'expression anglaise, dans les centres exploités par les établissements (article 348);
- favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui est respectueuse des caractéristiques des communautés culturelles, en concertation avec les organismes représentatifs de ces communautés culturelles et les établissements (article 349).

Valeurs

Le respect, l'équité, le partenariat, la reconnaissance et la performance sont les valeurs sur lesquelles s'appuie l'Agence pour accomplir sa mission et établir ses relations avec ses partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires et ses partenaires intersectoriels.

Ces valeurs partagées permettent de travailler ensemble en vue de prendre les meilleures décisions et de rendre les meilleurs services à la population. En privilégiant ces cinq valeurs, l'Agence exprime l'intention qu'elles soient respectées, dans ses rapports avec ses partenaires, avec d'autres organisations, ou encore avec le public en général, et qu'elles soient également respectées en regard des ressources humaines.

Il va de soi que les décisions que prendra le RSSS devront respecter l'ensemble des valeurs préconisées, sans privilégier l'une au détriment de l'autre. Les précisions qui suivent viennent enrichir l'énoncé de chaque valeur et donner, à titre indicatif, la perspective dans laquelle pourra s'incarner chacune d'elles.

:: RESPECT

Le respect consiste en un sentiment de considération, d'égard envers quelqu'un ou quelque chose, manifesté par une attitude déférente envers celui-ci et le souci de ne pas porter atteinte à cette personne ou à cette chose.

Cette première valeur choisie constitue l'assise des valeurs communes du RSSS, et exprime le respect des citoyens et des citoyennes, des groupes, des organisations et des informations transmises sous le couvert de la confidentialité.

Le respect se manifeste également dans les attitudes et dans les comportements à l'égard du personnel, des partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires, des partenaires intersectoriels et de la population :

- À l'égard du personnel, des partenaires intersectoriels et de la population, le respect commande l'attention qu'on leur accorde, l'écoute de leurs besoins et de leurs attentes. Le respect de la dignité humaine et de la valeur de chaque personne doit toujours inspirer l'exercice de l'autorité et de la responsabilité.
- À l'égard des partenaires du réseau, dont les organismes communautaires, le respect fait appel à l'ouverture envers ces derniers, qui encadrent et rendent possible l'exercice de la mission de l'Agence. Cette valeur implique une relation de confiance avec les partenaires de travail et envers le RSSS.

:: ÉQUITÉ

L'équité est un sentiment de justice naturelle et spontanée, fondée sur la reconnaissance des droits de chacun et de chacune, sans qu'elle soit nécessairement inspirée par les lois en vigueur. C'est également un principe qui conduit à corriger des inégalités que subissent des personnes ou des groupes moins favorisés.

La notion d'équité s'applique d'abord à la population, aux établissements et aux organismes communautaires. Elle s'applique également au personnel.

Cette valeur s'appuie sur les droits et libertés des personnes et signifie que notre organisation vise un équilibre dans l'accès aux ressources et à la gamme de services de santé et des services sociaux offerts sur l'ensemble du territoire. L'équité suppose que nos procédés ne créent ni préjudice ni désavantage manifeste, et que tous et toutes soient à l'abri d'une forme d'injustice quant aux résultats de nos actions.

L'équité implique une attention particulière aux populations moins favorisées. L'Agence tient compte des caractéristiques spécifiques des individus ou des groupes. Le principe d'équité doit s'appliquer dans la gestion, l'organisation et la dispensation des services auprès de la population du territoire.

:: PARTENARIAT

Le partenariat désigne un accord formel entre deux ou plusieurs parties qui ont convenu de travailler en coopération dans la poursuite d'objectifs communs.

L'Agence reconnaît l'apport essentiel de tous les acteurs du milieu de la santé et des services sociaux de la région de l'Estrie, par le partage de leurs ressources et par leur complémentarité à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

L'Agence croit en l'importance d'établir des rapports de collaboration avec les citoyens et les citoyennes, les partenaires, les syndicats et les autres organisations qui se sentent liés, ou qui partagent une responsabilité et des intérêts communs en lien avec le RSSS.

En choisissant cette valeur, l'Agence souligne l'importance de développer une coopération avec tous les partenaires du réseau, dont les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels, afin de favoriser une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de santé et les services sociaux de la population, et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

:: RECONNAISSANCE

La reconnaissance signifie que l'Agence est consciente que son personnel et ses partenaires sont les atouts les plus précieux de son organisation et la clé de son succès. À ce titre, l'Agence les reconnaît et les valorise, entre autres, par de la formation et du soutien à la prise de l'emploi.

La reconnaissance implique la considération des qualités, des compétences et des contributions individuelles et collectives qui génèrent des innovations permettant d'améliorer les soins et les services de santé et les services sociaux. Ces résultats méritent d'être soulignés et mis en valeur. Ceux et celles qui les ont développés

doivent pouvoir constater l'appréciation de leur milieu. De plus, tous les efforts pour faire mieux doivent être encouragés et appuyés.

L'Agence reconnaît l'importante contribution des ressources humaines pour l'actualisation de sa mission. La participation et l'engagement du personnel et des partenaires, dont les organismes communautaires, sont essentiels au développement d'une organisation de services intégrés, ainsi qu'à la prestation de services de qualité.

:: PERFORMANCE

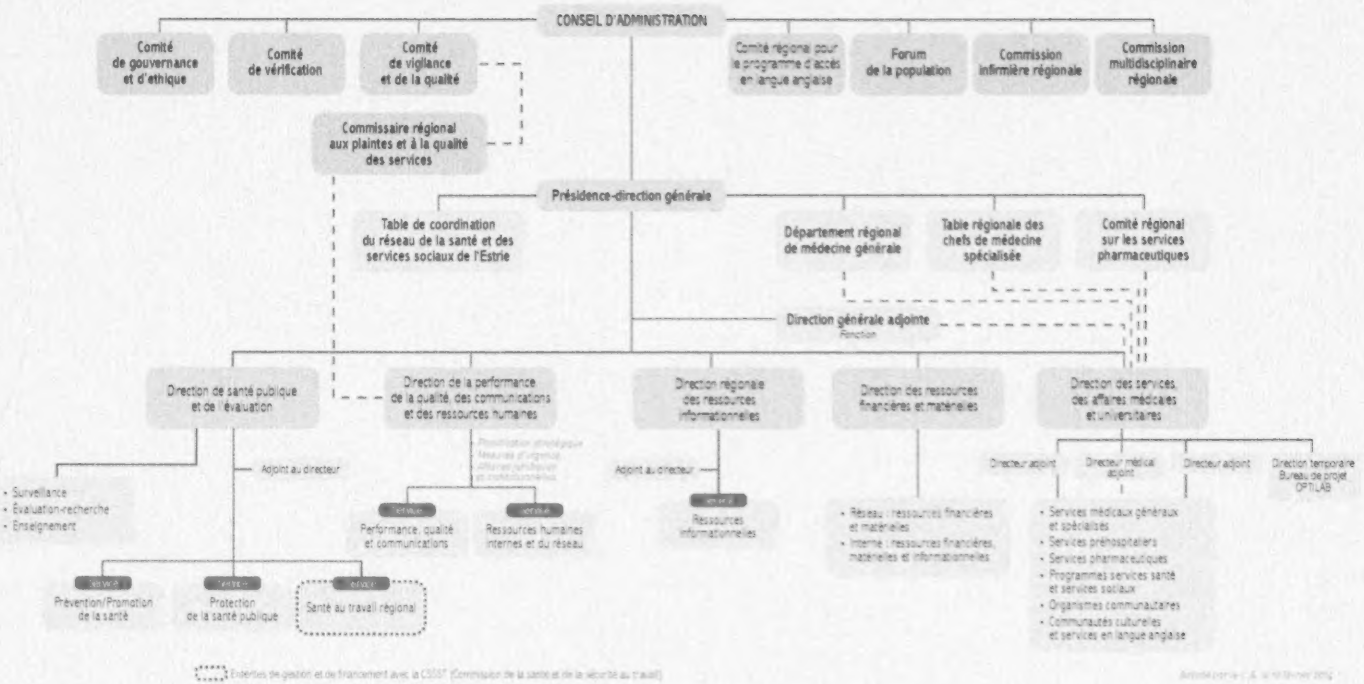
La performance vise l'utilisation optimale des ressources. En retenant la performance au nombre de ses valeurs, l'Agence compte faire tous les efforts nécessaires pour assumer ses responsabilités, ses fonctions et les mandats qui lui sont confiés, avec les ressources dont elle dispose et qu'elle gère avec efficacité et efficience.

L'Agence a le souci d'obtenir les meilleurs résultats en utilisant le mieux possible les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles à sa disposition.

L'utilisation optimale des ressources nécessite une approche d'imputabilité rigoureuse et une démarche d'intersectorialité, où la mise en commun des habilités, des connaissances, des perceptions, la recherche constante de solutions plus adéquates, ainsi que l'entraide et le soutien mutuel, contribuent à l'atteinte des meilleurs résultats possibles.

Cette valeur suggère enfin l'importance d'être attentif à saisir les opportunités de développement ou d'optimisation, tout en ayant un souci de premier ordre pour la qualité des services. En ce sens, l'Agence vise à satisfaire, dans le respect des normes, selon les meilleures pratiques et au moindre coût, les besoins et les attentes de la population qu'elle dessert.

1.1.2 ORGANIGRAMME



1.1.3 EFFECTIFS DE L'AGENCE

	AU 31 MARS 2013	AU 31 MARS 2014
LES CADRES (Données provenant de l'entrepôt de données local Logibec)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	13	14
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (ETC (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1	1
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
LES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS RÉGULIERS (Données provenant de l'entrepôt de données local Logibec)		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	135	133
- Temps partiel (statut 3) Nombre de personnes : ETC (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	6	6
- Nombre d'employées et d'employés en sécurité d'emploi	0	0
LES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS OCCASIONNELS (Données provenant de l'entrepôt de données local Logibec)		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	11 083,25	13 272,15
- ETC	6,08	7,29
LES MÉDECINS-CONSEILS		
- ETC (b)	14,7 Donnée corrigée en août 2014	14,6

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Nombre d'heures rémunérées divisé par
1826 heures

1.1.4 CONSEIL D'ADMINISTRATION

:: RÉALISATIONS

Toujours très soucieux et rigoureux de l'exercice de ses fonctions, le conseil d'administration (C. A.) s'est engagé dans le suivi de la planification stratégique et du plan d'action annuel en regard de l'accès, de la qualité et de la performance des services en Estrie. Le C. A., par sa présidente-directrice générale (PDG), a convenu de l'entente de gestion entre l'Agence et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour laquelle nous apprécions les résultats par ce rapport. De plus, le C. A. a adopté, notamment :

- le budget initial des établissements et les répartitions d'allocations budgétaires 2013-2014, le coût de système spécifique, le soutien à l'autonomie des personnes âgées, le financement du Plan régional d'informatisation;
- l'entente administrative portant sur la mise en place du Forum de la population avec la Conférence régionale des élus;
- l'entente cadre de partenariat en matière de gestion des ressources informationnelles entre l'Agence de l'Estrie et celle de l'Abitibi-Témiscamingue;
- l'entente entre l'Agence et le Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec;
- la Politique administrative régionale au regard des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF);
- les règlements du Département régional de médecine générale (DRMG);
- la Planification triennale 2014-2017 des projets et des activités en ressources informationnelles.

:: MEMBRES

- M[e] Denis Paré, président du C. A.
- M[me] Linda Beauchamps-Provencher, vice-présidente du C. A.
- D[r] Patrice Perron, représentant de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS)
- D[r] Patrice Laplante, représentant du DRMG
- M[me] Lyne Cardinal, représentante de la Commission infirmière régionale de l'Estrie (CIRE)
- M. Martin Robert, représentant de la Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie (CMURE)
- M. Denis Beaudin, représentant du milieu syndical
- M[me] Norah Humerez-Comtois, Comités des usagers des établissement
- M[me] Louise Lévesque, représentante des organismes communautaires
- M. Dominique Dorion, universités
- M[me] Armelle Apter, représentante du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- M[me] Louise Gosselin, personne indépendante
- M[me] Victoria Meikle, personne indépendante
- M. Bernard Lacroix, personne indépendante
- M[me] Johanne Turgeon, présidente-directrice générale de l'Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M[me] VICTORIA MEIKLE, M. DENIS BEAUDIN, M[me] LINDA BEAUCHAMP-PROVENCHER, M. BERNARD LACROIX, M[me] LOUISE LÉVESQUE, M. MARTIN ROBERT, M[e] DENIS PARÉ, D[r] DOMINIQUE DORION, M[me] NORAH HUMEREZ-COMTOIS, M[me] ARMELLE APTER, D[r] PATRICE LAPLANTE, M[me] LYNE CARDINAL, D[r] PATRICE PERRON, M[me] LOUISE GOSSELIN ET M[me] JOHANNE TURGEON

1.1.5 TABLE DE COORDINATION RÉGIONALE DE L'ESTRIE (TCRE)

:: RÉALISATIONS

L'année 2013-2014 a été marquée par le départ de quatre directeurs généraux et directrices générales : M. Pierre Lalande, M^me^ Monique Corbeil, M^me^ Lucie Dumas et M^me^ Patricia Gauthier. De plus, la D^re^ Irma Clapperton a laissé la direction de santé publique qu'elle exerçait en intérim. C'est beaucoup de changements en une courte période. Leur départ nous a beaucoup touchés et nous souhaitons souligner à quel point leur participation et leur engagement au RSSS ont été précieux.

La transformation du réseau des établissements s'amorce, les travaux sont menés par les C. A. et les directions générales.

Au même moment, nous percevons que nos mécanismes de concertation dirigés par la TCRE s'ajusteront au cours de la prochaine année. D'ailleurs, la Table régionale des communications a subi un changement d'orientation en cours d'année. Cet ajustement soutient la mise en œuvre du rôle-conseil en intégrant un responsable des communications aux comités directeurs des programmes Santé publique et Soutien à l'autonomie des personnes âgées et aux tables régionales qualité et des ressources humaines.

Malgré tout, l'esprit de concertation est toujours une grande valeur pour les directeurs généraux, les directrices générales et le comité de direction de l'Agence.

:: MEMBRES

- M^me^ **Johanne Turgeon**, présidente-directrice générale, Agence
- M^me^ **Louise Gosselin**, directrice générale par intérim, CRE
- D^r^ **Stéphane Tremblay**, directeur général par intérim, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- M^me^ **Marie Caron**, directrice générale, Centre jeunesse de l'Estrie (CJE)
- **M. Donald Massicotte**, directeur général, Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la MRC-de-Coaticook
- **M. Roch Rousseau**, directeur général, CSSS du Val-Saint-François
- M^me^ **Danielle Lareau**, directrice générale, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED)
- M^me^ **Lynda Périgny**, directrice des affaires médicales et universitaires, Agence
- M^me^ **France Simoneau**, directrice des ressources financières et matérielles, Agence
- **M. Pierre Latulippe**, directeur général, CSSS du Granit
- **M. Mario Morand**, directeur général, CSSS du Haut-Saint-François et CSSS des Sources
- M^me^ **Micheline Savoie**, directrice régionale des ressources informationnelles, Agence
- **M. Murray McDonald**, directeur général, Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie (CRDE)
- M^me^ **Nathalie Léonard**, directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines, Agence
- **M. Carol Fillion**, directeur général, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS)
- M^me^ **Sylvie Moreault**, directrice générale par intérim, CSSS de Memphrémagog
- D^re^ **Mélissa Généreux**, directrice de santé publique et de l'évaluation, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M^me^ LOUISE GOSSELIN, D^r^ STÉPHANE TREMBLAY, M^me^ MARIE CARON, M. DONALD MASSICOTTE, M. ROCH ROUSSEAU, M^me^ DANIELLE LAREAU, M^me^ LYNDA PÉRIGNY, M^me^ FRANCE SIMONEAU, M. PIERRE LATULIPPE, M. MARIO MORAND, M^me^ MICHELINE SAVOIE, M. MURRAY MCDONALD, M^me^ NATHALIE LÉONARD, M. CAROL FILLION, M^me^ SYLVIE MOREAULT ET M^me^ JOHANNE TURGEON.
PERSONNE ABSENTE DE LA PHOTO : D^re^ MÉLISSA GÉNÉREUX.

1.1.6 COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

:: RÉALISATIONS

- Présentation du rapport de reddition transmis au Vérificateur général du Québec;
- Documentation de différents outils d'évaluation de fonctionnement des instances du C. A.

:: MANDAT REÇU DU C. A.

- Assurer le suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec en matière de gouvernance de l'Agence.

:: MEMBRES

- M[e] **Denis Paré**, président du C. A.
- M[me] **Linda Beauchamp-Provencher**, vice-présidente du C. A.
- M[me] **Johanne Turgeon**, PDG de l'Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M[me] JOHANNE TURGEON, M[me] LINDA BEAUCHAMP-PROVENCHER ET M[e] DENIS PARÉ

1.1.7 COMITÉ DE VÉRIFICATION

:: RÉALISATIONS

- Adoption du Rapport financier annuel (AS-475) audité de l'Agence pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2014 (par le C. A. le 9 juin 2014).
- Adoption du Rapport financier annuel consolidé du fonds de santé au travail pour l'exercice financier terminé le 11 janvier 2014 (par le C. A. le 9 juin 2014).
- Adoption du budget détaillé 2013-2014 (AS-446) de l'Agence (par le C. A. le 9 juin 2014).
- Examen du suivi budgétaire de l'Agence pour les périodes sept et onze de l'année financière 2013-2014.
- Prise de connaissance de la liste des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction liant l'Agence pour l'année 2013-2014.
- Adoption de la mise à jour des règles et du fonctionnement du comité d'audit (par le C. A. le 9 juin 2014).
- Présentation des crédits régionaux disponibles pour l'année financière 2013-2014.

:: MEMBRES

- M[me] **Louise Lévesque**, représentante des organismes communautaires
- M[me] **Louise Gosselin**, personne indépendante
- **M. Bernard Lacroix**, personne indépendante
- M[me] **France Simoneau**, directrice des ressources financières et matérielles, Agence
- M[me] **Isabelle St-Laurent**, conseillère aux établissements, Direction des ressources financières et matérielles, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M[me] LOUISE GOSSELIN, M[me] FRANCE SIMONEAU, M[me] LOUISE LÉVESQUE ET M. BERNARD LACROIX. PERSONNE ABSENTE DE LA PHOTO : M[me] ISABELLE ST-LAURENT.

1.1.8 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

:: RÉALISATIONS

- Examen des rapports statistiques périodiques et du rapport statistique annuel sur l'état des dossiers traités par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.
- Examen des rapports sur les dossiers conclus et fermés, incluant des mesures correctives recommandées par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.
- Analyse et suivi des recommandations du Protecteur du citoyen.
- Participation des membres à l'évaluation du fonctionnement du Comité.
- Participation à la révision d'un guide d'accueil et d'intégration destiné aux nouveaux membres du Comité de vigilance et de la qualité.
- Réflexion sur le rôle du Comité de vigilance et de la qualité.
- Réflexion sur l'implication du commissaire régional dans des dossiers portant sur l'amélioration de la qualité des services ou les droits des usagers.

:: MEMBRES

- **M^me^ Louise Lévesque**, présidente du Comité, représentante des organismes communautaires
- **M^me^ Norah Humérez-Comtois**, représentante des comités des usagers des établissements
- **M^me^ Victoria Meikle**, personne indépendante
- **M^me^ Nathalie Léonard**, directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines, Agence
- **M. Denis Beaulieu**, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M^me^ NATHALIE LÉONARD, M^me^ VICTORIA MEIKLE, M^me^ LOUISE LÉVESQUE, M^me^ NORAH HUMÉREZ-COMTOIS ET M. DENIS BEAULIEU

1.1.9 COMITÉ RÉGIONAL POUR LE PROGRAMME D'ACCÈS EN LANGUE ANGLAISE

:: RÉALISATIONS

- Établissements et organismes communautaires sensibilisés à la réalité de la population d'expression anglaise.
- *Plan d'action régional (PAR) en matière d'accès aux services en langue anglaise* suivi périodiquement.
- Fonds dédié à la traduction de documents à l'attention des usagers et des usagères d'expression anglaise.
- Cadre de référence révisé permettant l'analyse des projets de traduction soumis par les établissements et par les organismes communautaires en santé et services sociaux.
- Projets, soutenus financièrement par le palier fédéral, analysés, approuvés et suivis :
  - Projet d'adaptation des services du Réseau communautaire de santé et de services sociaux;
  - Programme de formation en langue anglaise (McGill).
- Babillard régional mis à jour, comprenant une banque de documents traduits en anglais disponibles pour l'ensemble des établissements.
- Projet réalisé en vue de faciliter le recrutement de stagiaires.

:: MEMBRES

- **M. Donald Warnholtz**, président du Comité, chef de service, CRDITED de l'Estrie (établissement du réseau de la santé et des services sociaux)
- **M. George Zevgolis**, vice-président du Comité, usager des services de santé et services sociaux d'expression anglaise (population)
- **M^me^ Sylvie Gilbert-Fowlis**, directrice, Aide communautaire de Lennoxville et des environs (organisme communautaire)
- **M^me^ Shannon Keenan**, coordonnatrice, Association des Townshippers (organisme communautaire)
- **M^me^ Monique Giroux**, responsable des communications, CSSS de Memphrémagog (établissement du réseau de la santé et des services sociaux)
- **M. Jean-Guillaume Marquis**, agent de planification, de programmation et de recherche, CHUS (établissement du réseau de la santé et des services sociaux)
- **M^me^ Brendalee Piironen**, directrice générale, Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Wales inc.
- **M. Charles Lamontagne**, secrétaire du Comité et responsable du dossier sur l'accès aux services en langue anglaise, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M. CHARLES LAMONTAGNE, M^me^ SHANNON KEENAN, M. DONALD WARNHOLTZ, M^me^ BRENDALEE PIIRONEN, M. GEORGES ZEVGOLIS, M^me^ MONIQUE GIROUX ET M. JEAN-GUILLAUME MARQUIS. PERSONNE ABSENTE DE LA PHOTO : M^me^ SYLVIE GILBERT-FOWLIS

1.1.10 FORUM DE LA POPULATION

:: RÉALISATIONS

- Participation active des membres du Forum à certains comités de l'Agence :
  - o Comité régional sur la promotion des droits des usagers;
  - o Promotion de la qualité en continu;
  - o Prix d'excellence du MSSS;
  - o Reconnaissance des organismes communautaires.
- Démarche d'évaluation du fonctionnement du Forum de la population.
- Clarification, avec le C. A. de l'Agence, du champ d'action du Forum.
- Participation à un exercice de priorisation en lien avec la *Planification stratégique 2013-2015 de la Direction de santé publique de l'Estrie* et le *Plan d'action 2013-2015 en santé publique*.

:: MEMBRES

- M[me] **Suzanne Bernard**, présidente du Forum, Ville de Sherbrooke
- **M. Jn-Guy Saint-Gelais**, vice-président du Forum, Ville de Sherbrooke
- **M. Pierre Boisvert**, Ville de Sherbrooke
- M[me] **Pierrette Fernet**, Ville de Sherbrooke
- M[me] **Norah Humérez-Comtois**, Ville de Sherbrooke
- M[me] **Nathalie Léonard**, personne désignée par la PDG de l'Agence, Agence
- M[me] **France Massicotte-Dagenais**, agente de planification, de programmation et de recherche, Agence
- **M. Claude Quintin**, municipalité régionale de comté (MRC) de Memphrémagog
- **M. Mario St-Pierre**, MRC de Coaticook
- **M. Dan Paul Soroceanu**, MRC de Memphrémagog
- **M. Réal A. Vachon**, MRC du Granit
- **M. Jean Verlez**, Ville de Sherbrooke
- 5 postes vacants

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M. JN-GUY SAINT-GELAIS, M[me] SUZANNE BERNARD, M. CLAUDE QUINTIN, M[me] NORAH HUMÉREZ-COMTOIS, M. JEAN VERLEZ, M[me] PIERRETTE FERNET, M. PIERRE BOISVERT ET M[me] FRANCE MASSICOTTE-DAGENAIS. PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : M. MARIO ST-PIERRE ET M[me] NATHALIE LÉONARD.

1.1.11 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

:: RÉALISATIONS

Trois assemblées se sont tenues au cours desquelles la CIRE a été informée :

- des travaux en cours en organisation médicale de première et de deuxième ligne;
- de l'évolution du déploiement du Dossier clinique informatisé - Continuum Ariane Estrie (DCI-CAE);
- des modalités de mise en place des tests immunochimiques par le Centre désigné (CHUS);
- des travaux à venir du projet de l'école des sciences infirmières : baccalauréat initial en sciences infirmières;
- du document *Révision des orientations régionales relatives aux services de santé courants et des soins à domicile à court terme*, créé dans le but de réviser les ententes de services en soins infirmiers courants et de faire un état de situation quant à la disparité des services en Estrie;
- des priorités de travail 2013-2014 des comités directeurs des programmes-services.

:: MEMBRES

- M[me] **Tania Abou Chacra**, membre observatrice, CSSS du Haut-Saint-François
- M[me] **Lyne Cardinal**, gestionnaire des soins infirmiers, CSSS du Val-Saint-François
- **M. Guillaume Carette**, membre du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA), CHUS
- M[me] **Jessica Dubois**, membre observateur
- M[me] **Marie-Claude Fillion**, représentante des cégeps, Cégep de Sherbrooke
- M[me] **Marie-France Fournier**, infirmière désignée par la PDG de l'Agence, Agence
- M[me] **Manon Goudreau**, membre des comités exécutifs du conseil des infirmiers et des infirmières (CECII), CSSS des Sources
- M[me] **Marie-Ève Jacques**, infirmière praticienne, CSSS des Sources
- M[me] **France Landry**, membre des CECII, CSSS-IUGS
- **M. Stephan Lavoie**, représentant du programme universitaire de sciences infirmières, Université de Sherbrooke
- **M. Philippe Limoges**, membre des CECII, CSSS de la MRC-de-Coaticook
- M[me] **Isabelle Roy**, membre du CIIA, CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS)
- M[me] **Nathalie Schoos**, gestionnaire des soins infirmiers, CSSS-IUGS
- M[me] **Chantale Tardif**, membre observateur, CSSS-IUGS

Au 31 mars 2014, un poste de membre observatrice et un poste de membre des CECII sont vacants.

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M[me] FRANCE LANDRY, M[me] ISABELLE ROY, M. STÉPHAN LAVOIE, M[me] MARIE-FRANCE FOURNIER, M[me] CHANTALE TARDIF, M[me] MANON GOUDREAU, M[me] MARIE-ÈVE JACQUES, M[me] MARIE-CLAUDE FILLION, M[me] TANIA ABOU CHACRA. PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : M[me] LYNE CARDINAL, M. GUILLAUME CARETTE, M[me] JESSICA DUBOIS, M. PHILIPPE LIMOGES ET M[me] NATHALIE SCHOOS.

1.1.12 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

:: RÉALISATIONS

Trois assemblées se sont tenues au cours desquelles la CMURE a été informée :

- des travaux en cours en organisation médicale de première et de deuxième ligne;
- de l'évolution du déploiement du DCI-CAE;
- des modalités de mise en place des tests immunochimiques par le Centre désigné (CHUS);
- des priorités de travail 2013-2014 des comités directeurs des programmes-services.

:: MEMBRES

- **M. François Bergeron**, membre observateur, CSSS du Haut-Saint-François
- **M^me^ Estelle Chamoux**, représentante des facultés et des écoles d'enseignements universitaires dans les domaines de la santé, Université Bishop
- **M^me^ Isabelle Champigny**, professionnelle du domaine social, CSSS du Val-Saint-François
- **M^me^ Sandrine Charron**, professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, CSSS du Haut-Saint-François
- **M^me^ Nicole Chiasson**, représentante des facultés et des écoles d'enseignements universitaires dans les domaines de la santé, Université de Sherbrooke
- **M^me^ Sylvie Doiron**, gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, CRE
- **M^me^ Marie-France Fournier**, infirmière désignée par la PDG de l'Agence, Agence
- **M^me^ Christina Grenier**, professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, CRE
- **M. Martin Robert**, gestionnaire du domaine social, CSSS de Memphrémagog
- **M^me^ Sophie Coté**, membre observatrice, CRDITED de l'Estrie
- **M^me^ Danielle Vallières**, professionnelle du domaine social, CSSS du Granit

Au 31 mars 2014, trois postes de représentant du domaine technique et un poste de membre observateur sont vacants.

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M^me^ DANIELLE VALLIÈRES, M^me^ NICOLE CHIASSON, M^me^ SANDRINE CHARRON, M^me^ SOPHIE COTÉ, M^me^ ISABELLE CHAMPIGNY, M^me^ KARINE ROBILLARD, M^me^ SYLVIE DOIRON ET M^me^ MARIE-FRANCE FOURNIER
PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : M. FRANÇOIS BERGERON, M^me^ ESTELLE CHAMOUX, M^me^ CHRISTINA GRENIER ET M. MARTIN ROBERT

1.1.13 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

:: RÉALISATIONS

Au cours de l'année, le DRMG a tenu quatre assemblées ordinaires ainsi qu'une assemblée générale. Voici les différents dossiers ayant été traités :

- *Plan régional des effectifs médicaux* (PREM) et le recrutement des quatorze postes autorisés au PREM 2014.
- Activités médicales particulières (AMP), la gestion des règles et leurs mises à jour.
- Analyse des dossiers de renouvellement ou d'accréditation des groupes de médecine de famille (GMF).
- Organisation des services médicaux de première ligne, en lien avec les tables médicales territoriales ainsi que les services médicaux de deuxième ligne.

:: MEMBRES

MEMBRES ÉLUS

- D[re] **Stéphanie Blais-Boilard**, catégorie « MRC hors Sherbrooke »
- D[re] **Suzanne Turcotte**, catégorie « CLSC »
- D[re] **Raymonde Vaillancourt**, catégorie « Cabinets médicaux »

MEMBRE D'OFFICE

- D[r] **André Munger**, directeur médical adjoint à la Direction des services, des affaires médicales et universitaires (DSAMU), désigné par la PDG de l'Agence, Agence

MEMBRES NOMMÉS

- D[r] **Gérard Chaput**, CSSS du Granit
- D[re] **Mélissa Généreux**, directrice de santé publique et de l'évaluation
- D[re] **Marie Giroux**, Département de médecine familiale, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
- D[re] **Sonia Landry**, CSSS de la MRC-de-Coaticook
- D[r] **Patrice Laplante**, volet hospitalier, CHUS
- D[r] **Yves-Mathieu Léger**, CSSS des Sources
- D[re] **Joanie Rinfret**, volet longue durée, CSSS-IUGS
- D[re] **Natacha Vincent**, CSSS du Val-Saint-François
- D[r] **Mario Wilhelmy**, CSSS de Memphrémagog

MEMBRES OBSERVATEURS

- M[me] **Marie-France Fournier**, directrice adjointe à la DSAMU, Agence
- M. **Jonathan Keays**, agent de planification, de programmation et de recherche à la DSAMU, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : D[RE] MARIE GIROUX, D[R] GÉRARD CHAPUT, D[RE] RAYMONDE VAILLANCOURT, M. JONATHAN KEAYS, M[ME] MARIE-FRANCE FOURNIER, D[R] YVES-MATHIEU LÉGER, D[RE] NATACHA VINCENT, D[R] PATRICE LAPLANTE, D[R] MARIO WILHELMY. PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : D[RE] STÉPHANIE BLAIS-BOILARD, D[RE] MÉLISSA GÉNÉREUX, D[RE] SONIA LANDRY, D[R] ANDRÉ MUNGER, D[RE] SUZANNE TURCOTTE ET D[RE] JOANIE RINFRET.

1.1.14 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

:: RÉALISATIONS

Cette année, quatre rencontres se sont tenues. Son principal objectif étant d'améliorer l'accès à la médecine spécialisée, la TRCDMS a traité des sujets suivants :

- Retards de lecture et délais d'attente des examens réalisés en radiologie diagnostique.
- L'accès en médecine spécialisée, notamment en gastro-entérologie et en orthopédie.
- Postes vacants au *Plan des effectifs médicaux en médecine spécialisée*.

:: MEMBRES

MEMBRES VOTANTS

- Dr **Hervé Walti**, pédiatrie, CHUS
- Dr **Gaétan Langlois**, chirurgie, CHUS
- Dr **Jean-François Trudel**, psychiatrie, CSSS-IUGS
- Dre **Paule Hottin**, psychogériatrie, CSSS-IUGS
- Dr **Frédéric Mior**, anesthésiologie, CHUS
- Dr **Guy Waddell**, obstétrique-gynécologie, CHUS
- Dr **The-Bao Bui**, radiologie, CHUS
- Dr **Adrian Pusca**, médecine interne, CSSS du Granit
- Dr **Jean Dubé**, biochimie, CHUS
- Dr **John Robb**, médecine interne, CSSS de Memphrémagog
- Dr **Dominique Dorion**, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
- Dr **Patrice Perron**, représentant de la TRCDMS au C. A. de l'Agence

MEMBRES OBSERVATEURS

- Dr **Patrice Larochelle**, résident en médecine, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
- Dr **Pierre Chevrier**, chef médical du programme-clientèle Biologie médicale, CHUS
- Dr **Patrice Laplante**, représentant du DRMG
- Dr **Michel Baron**, médecin spécialiste, DSAMU, Agence
- Mme **Lynda Périgny**, directrice, DSAMU, Agence
- Mme **Marie-France Fournier**, secrétaire adjointe à la TRCDMS, DSAMU, Agence
- Mme **Suzanne Brochu**, agente de planification, de programmation et de recherche, DSAMU, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : Dr PATRICE LAROCHELLE, Dr JEAN DUBÉ, Dr HERVÉ WALTI, Mme SUZANNE BROCHU, Dre PAULE HOTTIN, Dr JEAN-FRANÇOIS TRUDEL, Mme MARIE-FRANCE FOURNIER, Dr PATRICE PERRON ET Dr GAÉTAN LANGLOIS.
PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : Dr DOMINIQUE DORION, Dr PIERRE CHEVRIER, Dr FRÉDÉRIC MIOR, Dr ADRIAN PUSCA, Dr JOHN ROBB, Dr THE-BAO BUI, Dr GUY WADDELL, Dr MICHEL BARON, Dr PATRICE LAPLANTE ET Mme LYNDA PÉRIGNY.

1.1.15 COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

:: RÉALISATIONS

Au cours de l'année, le CRSP s'est réuni à quatre reprises et a réalisé principalement les travaux suivants :

- Élaboration et diffusion de nouvelles ordonnances collectives auprès des pharmaciennes et pharmaciens communautaires de l'Estrie.
- Soutien et implication dans la gestion des ruptures d'approvisionnement de certains produits pharmaceutiques.
- Suivi du projet clinique concernant la clientèle sous anticoagulothérapie.

:: MEMBRES

- **M. Jean-Luc Trottier**, président du Comité et représentant des pharmaciennes et pharmaciens propriétaires
- **M^me^ Julie Bissonnette**, représentante des pharmaciennes et pharmaciens en établissement
- **M^me^ Marie-Christine Anctil**, représentante des pharmaciennes et pharmaciens communautaires
- **M^me^ Armelle Apter**, représentante des chefs de département de pharmacie en établissement
- **M^me^ Marie-France Fournier**, directrice adjointe à la DSAMU, désignée par la PDG de l'Agence, Agence
- **M. Jonathan Keays**, agent de planification, de programmation et de recherche à la DSAMU, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M. JONATHAN KEAYS, M^me^ MARIE-CHRISTINE ANCTIL, M^me^ JULIE BISSONNETTE, M^me^ MARIE-FRANCE FOURNIER, M. JEAN-LUC TROTTIER ET M^me^ ARMELLE APTER

1.2 RÉSEAU ESTRIEN DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

1.2.1 TERRITOIRE COUVERT ET POPULATION

En 2013, l'Estrie comptait un peu plus de 313 000 habitantes et habitants répartis dans six MRC et un territoire équivalent (Ville de Sherbrooke). Entre 2006 et 2011, la population estrienne a connu une croissance de 3,7 %, alors que la population de la province s'est accrue de 4,6 %.

	POPULATION 2013		
MRC OU TERRITOIRE	HOMME	FEMME	TOTAL
MRC du Granit	11 654	10 950	22 604
MRC des Sources	7365	7296	14 661
MRC du Haut-Saint-François	11 720	10 984	22 704
MRC du Val-Saint-François	15 589	14 841	30 430
Ville de Sherbrooke	75 481	79 492	154 973
MRC de Coaticook	9786	9367	19 153
MRC de Memphrémagog	24 432	24 872	49 304
Estrie	**156 027**	**157 802**	**313 829**
Ensemble du Québec	**4 003 729**	**4 063 590**	**8 067 319**

Source : Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Service des statistiques sociales et démographiques, Estimations de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents, version mai 2013. Ces données de population tiennent compte également de différents événements démographiques survenus sur le territoire estrien au cours des dernières années, tels que la fécondité, la mortalité, la migration internationale, la migration interprovinciale et la migration interrégionale (découpage en vigueur le 1er juillet 2013). L'estimation a été réalisée à partir du recensement de 2006 et constitue une donnée provisoire.

Référence : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation, Outil de données de population de l'Estrie, mise à jour en juin 2013, consulté le 2014/5/14, disponible à l'adresse : www.santeestrie.qc.ca/sante_publique/surveillance_sante_evaluation/portrait_region.php

La santé et la maladie évolue selon des facteurs de protection et de risque tout au long de la vie d'un individu. Ces facteurs peuvent être liés à la personne (biologie, habitudes de vie, résilience) ou à l'environnement (social, économique, physique). Voici donc quelques chiffres sur l'état de santé de la population estrienne et les déterminants de la santé à différents stades de la vie.

Depuis 2006, on dénombre un peu plus de 3000 naissances en Estrie à chaque année. Parmi ces nouvelles mères, une sur cinq fume et deux sur cinq consomment de l'alcool durant la grossesse. De plus, environ 10 % des mères n'ont pas complété leurs études secondaires. Au niveau de la santé des enfants, notons que seulement les trois-quarts des enfants de deux ans ont un statut vaccinal complet. La carie dentaire est la maladie chronique la plus prévalente chez les enfants et près de 30 % des enfants estriens en sont affectés à la maternelle.

L'adolescence est une période charnière pour l'adoption de comportements de santé sains et sécuritaires. Une récente enquête auprès des élèves du secondaire indique que les deux tiers des jeunes ne sont pas suffisamment actifs et ne consomment pas assez de fruits et de légumes au quotidien. Par ailleurs, environ 10 % des élèves fument la cigarette et près d'un sur deux a connu un épisode de consommation excessive d'alcool au cours des douze derniers mois. Environ 40 % des jeunes du secondaire sont sexuellement actifs et 65 % d'entre eux ont utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle. En Estrie, les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) sont en hausse et la situation est particulièrement problématique chez les 15 à 24 ans.

Finalement, mentionnons qu'il y a entre 200 et 300 grossesses chez les filles de 14 à 19 ans par année en Estrie et qu'environ une centaine d'entre elles mèneront leur grossesse à terme.

Chez les adultes, quelques phénomènes attirent notre attention. Tout d'abord, le diabète et l'hypertension sont à la hausse. Ce sont 8,7 % des estriennes et estriens âgés de 20 ans ou plus qui souffrent de diabète et 19,1 % d'hypertension. Ensuite, on note une hausse du nombre de cas de cancer du poumon, de la trachée et des bronches chez les femmes. À cet égard, notons qu'un peu plus de 20 % des adultes fument et que près de 10 % des non-fumeurs sont exposés à la fumée secondaire de tabac à la maison à tous les jours. Finalement, certaines données portant sur des facteurs psychosociaux en milieu de travail sont d'intérêt. À titre d'exemple, plus du tiers des travailleurs ont des exigences psychologiques élevées au travail et près de la moitié ont un faible soutien social au travail.

Les personnes aînées (65 ans ou plus) composent 18,3 % de la population estrienne. Parmi celles-ci, le tiers vit seul dans un ménage privé et près de 40 % ont une incapacité. Chaque année, 800 personnes aînées de l'Estrie sont hospitalisées en raison d'une chute et environ 35 en décéderont. Cette problématique touche majoritairement les femmes. En Estrie, comme au Québec, le cancer est la cause la plus fréquente de décès suivie des maladies cardiaques, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes.

Pour les problématiques mentionnées, plusieurs interventions reconnues efficaces existent. Ces interventions visent soit l'individu ou la création d'environnements favorables à la santé. L'ensemble du RSSS a un rôle primordial à jouer en promotion, en prévention et en protection de la santé.

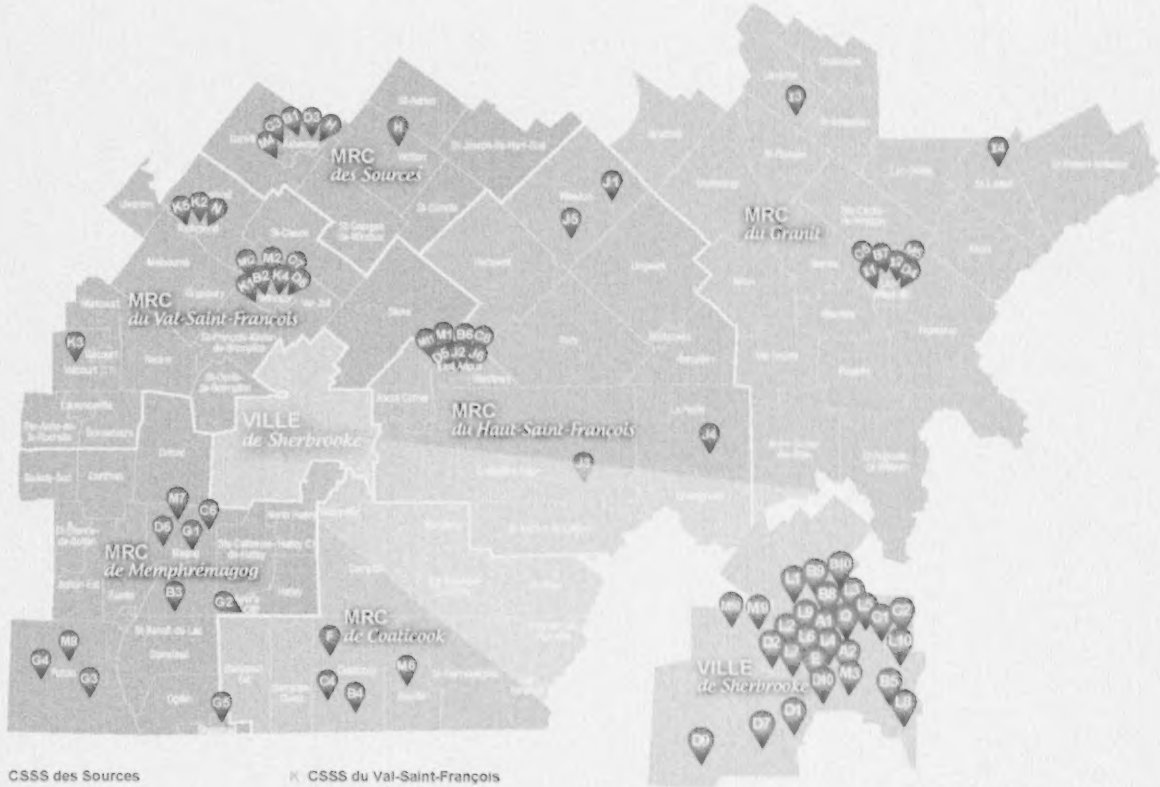
1.2.2 ÉTABLISSEMENTS

Au 31 mars 2014, la population estrienne était desservie par quinze établissements, répartis de la façon suivante en fonction de leur mission :

CHU	**1**
CHUS[1]	
CSSS	**7**
CSSS de la MRC-de-Coaticook	
CSSS du Granit	
CSSS du Haut-Saint-François	
CSSS-IUGS[2]	
CSSS de Memphrémagog	
CSSS des Sources	
CSSS du Val-Saint-François	
CR	**4**
CJE (protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour les jeunes et les mères en difficulté d'adaptation)	
CRDITED de l'Estrie (déficience intellectuelle [DI] et trouble envahissant du développement [TED])	
CRE (déficience physique [DP]) (Centre affilié universitaire)	
CRDE (toxicomanie, alcoolisme, jeu pathologique)	
CHSLD PRIVÉS	**3**
Centre d'hébergement Champlain-de-la-Rose-Blanche (installation du Groupe Champlain) (centre d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes ayant des problèmes de santé mentale)	
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Wales (centre d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie)	
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont (installation de Vigi Santé) (centre d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie)	
TOTAL	**15**

1 Le CHUS a un mandat suprarégional en cardiologie, en neurochirurgie, en oncologie médicale, en oncologie chirurgicale et en néphrologie.

2 Le CSSS-IUGS a un mandat suprarégional pour les services spécialisés en gériatrie : l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), la gérontopsychiatrie et les cliniques ambulatoires gériatriques.



A CHUS
1. HÔPITAL FLEURIMONT
2. HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

B Centre de réadaptation Estrie inc.
1. ATELIER L'ÉTINCELLE
2. ATELIER DU VAL-SAINT-FRANÇOIS
3. SERVICES EXTERNES ET D'AIDES TECHNIQUES DE MEMPHRÉMAGOG
4. SERVICES EXTERNES ET D'AIDES TECHNIQUES DE COATICOOK
5. CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE
6. SERVICES EXTERNES D'EAST ANGUS
7. ATELIER LE SEPT DE TRÈFLE
8. CENTRE LE TOURET
9. RESSOURCE L'ENVOLÉE
10. SERVICE D'AIDES TECHNIQUES BELVEDERE

C Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie
1. LE CENTRE JEAN-PATRICE-CHIASSON
2. MAISON SAINT-GEORGES
3. POINT DE SERVICE D'ASBESTOS
4. POINT DE SERVICE DE COATICOOK
5. POINT DE SERVICE DE LAC-MÉGANTIC
6. POINT DE SERVICE DE MAGOG
7. POINT DE SERVICE DE WINDSOR
8. POINT DE SERVICE D'EAST ANGUS

D Centre jeunesse de l'Estrie
1. CENTRE DE CRISE L'ACCALMIE
2. FOYER DE GROUPE KELLY
3. POINT DE SERVICE ASBESTOS
4. POINT DE SERVICE GRANIT
5. POINT DE SERVICE HAUT-SAINT-FRANÇOIS
6. POINT DE SERVICE MEMPHRÉMAGOG-COATICOOK
7. POINT DE SERVICE SHERBROOKE
8. POINT DE SERVICE VAL-SAINT-FRANÇOIS
9. POINT DE SERVICE VAL-DU-LAC
10. VILLA MARIE-CLAIRE

E Vigi Santé
1. CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE VIGI SHERMONT

F CSSS de la MRC-de-Coaticook

G CSSS de Memphrémagog
1. CSSS DE MEMPHRÉMAGOG
2. CENTRE DE JOUR D'AYER'S CLIFF
3. CENTRE DE JOUR DE POTTON
4. POINT DE SERVICE DE POTTON
5. POINT DE SERVICE DE STANSTEAD

H CSSS des Sources

I CSSS du Granit
1. CSSS DU GRANIT
2. POINT DE SERVICE DE LAC-MÉGANTIC
3. POINT DE SERVICE DE LAMBTON
4. POINT DE SERVICE DE SAINT-LUDGER

J CSSS du Haut-Saint-François
1. CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WEEDON
2. CENTRE D'HÉBERGEMENT D'EAST ANGUS
3. CLSC DE COOKSHIRE
4. CLSC DE LA PATRIE
5. CLSC DE WEEDON
6. CLSC D'EAST ANGUS

K CSSS du Val-Saint-François
1. CENTRE DE JOUR LE BEL ÂGE
2. CENTRE D'HÉBERGEMENT DE RICHMOND
3. CLSC - CENTRE D'HÉBERGEMENT DE VALCOURT
4. CLSC - CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WINDSOR
5. CLSC DE RICHMOND

L CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
1. CENTRE DE MATERNITÉ DE L'ESTRIE
2. CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-JOSEPH
3. CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-VINCENT
4. CLSC CAMIRAND
5. CLSC KING EST
6. CLSC KING OUEST
7. CLSC MURRAY
8. CLSC SPEID
9. HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT ARGYLL
10. HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT D'YOUVILLE

M CRDITED de l'Estrie
1. ATELIER DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS
2. ATELIER DU VAL-SAINT-FRANÇOIS
3. ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR SHERBROOKE - PROSPECT
4. ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR D'ASBESTOS
5. ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU GRANIT
6. CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE DIXVILLE
7. CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE MAGOG
8. CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE MANSONVILLE
9. CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE SHERBROOKE - FAIRMOUNT
10. CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE SHERBROOKE - QUEEN
11. CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS
12. CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU VAL-SAINT-FRANÇOIS

N Centre d'hébergement et de soins de longue durée Wales inc.

O Groupe Champlain
1. CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DE-LA-ROSE-BLANCHE

Note : Les points de repère sont positionnés à titre indicatif.

1.2.3 AFFAIRES CORPORATIVES

Au cours de l'année 2013-2014, seul le Centre d'accueil Dixville a eu une modification simple à son acte constitutif. Une modification simple n'affecte que l'établissement visé et peut affecter divers champs de fonctionnement déterminant la capacité juridique de la personne morale, tels qu'un changement de nom (dénomination sociale), de mission (objets généraux ou autres pouvoirs), chez les administrateurs ou dans leur nombre, dans certains pouvoirs particuliers accordés aux administrateurs, dans la valeur des immeubles, etc.

Ainsi, dans le cas du Centre d'accueil Dixville, l'établissement a notamment changé sa dénomination sociale pour Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Estrie.

Pour sa part l'établissement privé conventionné La Maison Blanche de North Hatley inc. a réalisé une modification complexe à son acte constitutif. Une fusion a eu lieu et l'établissement est dorénavant une installation du Groupe Champlain inc. sous l'appellation Centre d'hébergement Champlain-de-la-Rose-Blanche. La capacité d'accueil et la mission d'hébergement en santé mentale ont été maintenues.

Concernant les modifications simples au permis, trois établissements y ont eu recours. Le CSSS des Sources a fermé une installation à Wotton et a augmenté son nombre de lits de santé physique et d'hébergement temporaire à Asbestos en 2012. Toutefois, le permis modifié pour l'établissement a été émis par le MSSS en 2013-2014. Le CSSS du Haut-Saint-François a pour sa part diminué son nombre de lits d'hébergement permanent et a augmenté son nombre de lits d'hébergement temporaire. Le CRDE a, quant à lui, fermé une installation (Maison Saint-Georges) et a déménagé la clientèle dans ses nouveaux locaux, augmentant ainsi le nombre de places à l'installation du 1930, rue King Ouest.

1.2.4 EFFECTIFS DU RÉSEAU ESTRIEN

	RÉPARTITION PAR SEXE		
	HOMME	FEMME	TOTAL
Nombre	2853	10 880	13 733
Pourcentage	21 %	79 %	100 %
Âge moyen	42	40	

	RÉPARTITION PAR STATUT			
	TEMPS COMPLET RÉGULIER	TEMPS COMPLET TEMPORAIRE	TEMPS PARTIEL RÉGULIER	TEMPS PARTIEL OCCASIONNEL
Nombre	7402	726	2922	2683
Pourcentage	77 % F 23 % H	78 % F 22 % H	86 % F 14 % H	80 % F 20 % H
Âge moyen	43	35	40	37

	RÉPARTITION PAR GROUPE D'ÂGE				
	< 25	25-34	35-44	45-54	55 +
Nombre	1303	3994	2995	3290	2151
Pourcentage	9 %	29 %	22 %	24 %	16 %

RETRAITE				
Nombre d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans la présente année financière	Pourcentage d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans la présente année financière	Nombre d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans cinq années financières	Pourcentage d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans cinq années financières	Moyenne d'âge de prise de retraite
1024	7,33 %	1532	10,96 %	57,29

MATERNITÉ	
Nombre de maternités prévues d'ici cinq ans	Pourcentage de femmes qui pourraient partir en congé de maternité d'ici cinq ans en fonction du nombre d'employés actifs
2811	20,12 %

	EFFECTIFS MÉDICAUX *		
	HOMME	FEMME	TOTAL
Nombre d'omnipraticiens et d'omnipraticiennes	175	208	383
Nombre de médecins spécialistes	259	198	457

* Données au 19 août 2014.

1.2.5 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Respect des règles et des normes

L'Agence a accordé un soutien financier de 18 951 991 $ pour l'année financière 2013-2014 à 125 organismes communautaires œuvrant dans la région de l'Estrie. La portion de ce financement, accordée en soutien à la mission globale, totalise 15 992 812 $ et a été attribuée à 112 organismes communautaires. Le soutien financier à la mission globale représente donc 84,3 % du financement accordé aux organismes communautaires de la région par le *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC).

Aussi, parmi les 125 organismes subventionnés, 51 d'entre eux ont reçu du financement par entente pour des activités spécifiques et onze demeurent non financés pour un total de 136 organismes communautaires reconnus par le PSOC. De ce nombre, onze sont rattachés à un autre ministère que celui de la Santé et des Services sociaux, soit le Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales et le ministère de la Famille et des Aînés (MFA).

Contrôle de la conformité

Au cours de l'année 2013-2014, l'Agence a analysé les documents de reddition de comptes, tel que l'exige le PSOC :

- le rapport d'activités et le rapport financier du dernier exercice financier;
- l'avis de convocation, l'ordre du jour et le procès-verbal de la dernière assemblée générale annuelle des membres;
- les relevés statistiques appropriés lorsque requis.

Services rendus : les faits saillants

Les organismes communautaires œuvrent en Estrie auprès de clientèles variées, qu'ils rejoignent par le biais de leurs activités et de leurs services pour répondre à des besoins identifiés et reconnus par la communauté. Ils contribuent à réduire les impacts d'une multitude de problématiques et ainsi améliorer la santé de la population estrienne.

Les faits marquants de l'année 2013-2014 sont :

- Le Comité régional de reconnaissance des organismes communautaires de l'Estrie a procédé à l'analyse de sept dossiers. Le C. A. de l'Agence a appuyé la reconnaissance de quatre nouveaux organismes en santé et services sociaux :
  - Association sportive des jeunes handicapés de l'Estrie;
  - Défi handicap des Sources;
  - Le Tremplin 16-30;
  - Villa Pierrot.
- L'allocation de 1,6 % d'indexation appliquée à tous les montants versés aux organismes communautaires.
- L'annonce au niveau national d'un rehaussement de 120 millions de dollars sur trois ans soit 40 millions par année débutant en 2014.
- La responsable des organismes communautaires à l'Agence a débuté en 2013-2014, une tournée des organismes en participant à des rencontres et à des assemblées générales annuelles. Jusqu'à maintenant, une cinquantaine d'organismes ont été rencontrés sur le territoire de l'Estrie.

2

Enjeux PRIORITAIRES DU PLAN STATÉGIQUE 2010-2015

2.1 ENJEU 1

UNE CONSOLIDATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, EN PARTENARIAT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS, LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES DIVERS PARTENAIRES DU RÉSEAU, DONT LES GMF ET LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES, ADAPTÉS AUX BESOINS DE LA POPULATION POUR ASSURER UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES

Au cours de l'année 2013-2014, différents dossiers ont été menés par la DSAMU pour améliorer l'organisation des services du RSSS de l'Estrie, en collaboration avec les établissements, les médecins, les organismes communautaires et nos partenaires.

En voici l'illustration :

- 2 838 600 $ ont été alloués aux CSSS de la région pour augmenter les heures de service de soutien à domicile pour les personnes âgées et pour augmenter le nombre de gestionnaires de cas;
- 495 700 $ ont été alloués aux organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées;
- 345 000 $ ont été alloués aux CSSS pour augmenter les services de soins palliatifs à domicile;
- 172 000 $ ont été alloués au CRDE pour améliorer les soins infirmiers le soir, la nuit et les fins de semaine et pour soutenir les médecins à l'évaluation et au traitement des personnes hébergées;
- 100 000 $ ont été consentis aux CSSS pour rendre accessibles des équipes d'intervention jeunesse pour les jeunes en très grande difficulté dans les territoires non couverts par ce service;
- 650 000 $ ont été alloués pour améliorer et pour élargir l'offre de services professionnels (nutritionnistes, physiothérapeutes, personnel infirmier, psychologues, etc.) dans le programme services généraux des CSSS;
- 237 320 $ ont été alloués aux CSSS pour consolider leur offre de services résidentiels et poursuivre la mise en place de mesures permettant l'intégration sociale des personnes vivant avec un problème grave de santé mentale;
- 100 000 $ non récurrents ont été accordés au CHUS pour qu'il mette en place une centrale de

transport visant à mieux coordonner les transports ambulanciers intersites et les retours de patients et de patientes. Ce projet a pour but de réduire les coûts de transport pour le CHUS et de diminuer le recours aux ressources ambulancières sur le territoire de la ville de Sherbrooke. À la lumière des résultats de la prochaine année, cette allocation pourrait devenir récurrente pour le CHUS.

Par ailleurs, une nouvelle maison de soins palliatifs, La Maison La Cinquième Saison, pour les territoires du Haut-Saint-François et du Granit a été accréditée et subventionnée par le MSSS. Aussi, deux projets communautaires et un projet en CSSS ont été financés à la hauteur de 243 863 $ par le MSSS pour rehausser les soins de fin de vie dans la communauté.

Enfin, seize professionnels et professionnelles ont été ajoutés en soutien à la pratique médicale de première ligne dans cinq GMF de Sherbrooke pour une valeur de 1 262 432 $.

En terminant, on ne peut passer sous silence la très grande mobilisation du personnel de la direction pour soutenir le CSSS du Granit lors du tragique événement de l'été dernier à Lac-Mégantic. Soulignons notamment dans la mise en opération des mesures d'urgence les contributions suivantes:

- la coordination de la couverture des services préhospitaliers d'urgence à Lac-Mégantic;
- le soutien à la relocalisation du GMF et à l'organisation des services en soins infirmiers au centre des sinistrés par la mobilisation du personnel infirmier des CSSS de l'Estrie;
- l'organisation du déploiement 24 heures/7 jours d'intervenants psychosociaux venus de partout en Estrie et de quatre régions administratives (Québec, Mauricie et Centre-du-Québec, Chaudière-Appalaches, Montérégie);
- le soutien à la relocalisation temporaire de personnes âgées provenant d'une résidence privée et d'un CHSLD.

Cette mobilisation et les travaux qui en ont découlé ont sollicité et sollicitent encore le personnel de la Direction dans le rétablissement de cette communauté.

M^me^ Lynda Périgny
Directrice des services, des affaires médicales et universitaires

2.1.1 ADAPTER L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN FONCTION DES BESOINS DE LA CLIENTÈLE ET DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

> OBJECTIF

Organiser les services généraux de première ligne et les services spécialisés en tenant compte des clientèles vulnérables, des personnes sans médecin de famille et des besoins émergents.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Présence d'une offre de service infirmière et médicale sans rendez-vous dans l'ensemble des territoires de l'Estrie.	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires
2	Corridors formels entre les services de première ligne et les services spécialisés.	Adoption d'une entente de collaboration relative au transfert de la clientèle adulte en URFI régionale à Sherbrooke entre le CHUS, le CSSS-IUGS et le CRE. Adoption d'une entente de collaboration intersectorielles concernant les personnes adultes ayant une DI ou un TED, victimes ou contrevenantes, impliquées ou non dans un processus judiciaire. Note : Résultat modifié en janvier 2014.	Augmentation des corridors formalisés. Santé mentale (Adulte) Santé mentale (jeunesse) DP DI-TED Services généraux : maladies chroniques Note : Engagement modifié en janvier 2014.	Protocole d'entente entre le MSSS et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) en matière de services en orthophonie en chantier. Entente de collaboration intersectorielles pour les personnes ayant une DI-TED victimes ou contrevenantes impliquées ou non dans un processus judiciaire. Entente d'utilisation de répit et d'accompagnement offerts par Baluchon Alzheimer.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Bien que cette offre de service sans rendez-vous soit présente dans chacun des territoires, elle demeure à être consolidée et améliorée. Les travaux en cours et à venir verront à assurer cette meilleure accessibilité.

À titre d'exemple, des ressources cliniques (infirmiers, infirmières, pharmaciens, pharmaciennes, travailleurs sociaux, travailleuses sociales, etc.) ont été ajoutées et intégrées, cette année, à plusieurs GMF pour favoriser la prise en charge de leur clientèle. D'autres ressources ont également été embauchées pour augmenter les services infirmiers de première ligne dans les CSSS.

Ces ajouts de ressources cliniques se poursuivront au cours des prochaines années. Ceux-ci permettront de mieux organiser les services généraux de première ligne à la population en misant sur une approche interdisciplinaire.

Quant à l'offre de services médicaux, elle demeure à être consolidée ou améliorée dans plusieurs territoires. Les effectifs médicaux en place ne permettent pas d'assurer une offre de service complète.

INDICATEUR 2

Une entente de collaboration intersectorielles relative aux personnes adultes ayant une DI ou un TED, victimes ou contrevenantes, impliquées ou non dans un processus judiciaire, a été adoptée à la TCRE de juin 2013. Celle-ci prévoit un mécanisme de collaboration intersectorielles, lequel est sous la responsabilité du CRDITED de l'Estrie.

Concernant les travaux inhérents à la révision du protocole d'entente MSSS-MELS en matière de services en orthophonie, les deux ministères travaillent de façon concertée à l'adoption d'une trajectoire respectueuse des mandats, des rôles et des expertises des organisations concernées.

2.1.2 CONSOLIDER L'OFFRE DE SERVICE DE PREMIÈRE LIGNE ET DE SERVICES SPÉCIALISÉS POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ ET UNE PLUS GRANDE CONTINUITÉ DES SERVICES

Services médicaux

> OBJECTIF

Améliorer la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables et assurer la continuité entre les services de première ligne et les services spécialisés.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre d'algorithmes cliniques déployés. *Note : Titre de l'indicateur modifié en janvier 2014.*	Travaux toujours en cours	Poursuivre et finaliser les travaux pour deux spécialités : orthopédie et gastroentérologie. *Note : Engagement modifié en janvier 2014.*	Gastroentérologie : 10 Orthopédie : 27 pour l'orthopédie adulte, 6 pour l'orthopédie pédiatrique

COMMENTAIRES

Une des priorités du MSSS est d'améliorer les services de première ligne auprès de la population, d'assurer l'accessibilité aux services diagnostiques, aux services médicaux spécialisés et la continuité entre les services de première ligne et les services de médecine spécialisée. Ces priorités sont incontournables et représentent de grands défis tant pour le médecin de famille que pour le médecin spécialiste qui doivent assurer la prise en charge et le suivi de la clientèle.

Cette orientation a été priorisée et soutenue par l'Agence, le DRMG ainsi que la TRCDMS.

Des travaux débutés en 2012 ont permis, par l'entremise de deux groupes de travail, la mise en œuvre de différents chantiers. Notamment, une revue des pratiques actuelles et l'analyse de l'organisation de l'offre de service permettent de dresser un tableau de la situation.

	ORTHOPÉDIE	GASTROENTÉROLOGIE
NOMBRE DE PATIENTS ET DE PATIENTES EN ATTENTE		
• En novembre 2012	5297	5572
• Au 31 mars 2014	4239 (incluant 700 cas de pédiatrie)	3321
NOMBRE DE DEMANDES DE CONSULTATION EN MOYENNE PAR MOIS		
• Au 31 mars 2013	407	244
• Au 31 mars 2014	230	258
NGMBRE DE NOUVEAUX CAS VUS EN MOYENNE PAR MOIS		
• Au 31 mars 2013	254	159
• Au 31 mars 2014	204	153

Par contre, malgré toutes les actions prises par les membres des comités de travail, nous sommes loin de l'atteinte de l'équilibre entre l'offre de service et la demande, et cela, dans les deux spécialités médicales.

Une représentation des recommandations issues des groupes de travail et portées par les directeurs généraux et par les directrices générales permettra d'assurer la mise en place des mécanismes identifiés pour améliorer l'accès à la médecine spécialisée.

> OBJECTIF

Assurer l'accès aux services médicaux de première ligne en santé physique et en santé mentale :

- Poursuivre les démarches afin que l'ensemble de la population de l'Estrie ait accès à des services de première ligne en santé physique en fonction de son profil de besoins.
- Implanter et consolider les GMF dans chacun des territoires.
- Favoriser le développement et l'intégration de nouvelles pratiques cliniques (médecins, infirmières et infirmiers en GMF, infirmières praticiennes, infirmiers praticiens (IPS) et pharmaciennes et pharmaciens communautaires).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre de personnes inscrites auprès d'un GMF. *Note : Facteur de pondération appliqué en fonction du nombre de patientes et de patients suivis à domicile par les médecins des GMF.*	191 488	205 000	207 810 *(pondération du 1er juillet 2013)*
2	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.	70,5 %	70 %	72,7 %
3	Nombre total de GMF implantés.	13	14	14
4	Pourcentage des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en GMF (ou équivalent).	73 %	73 %	77 %
5	Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne.	7	11	11

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'augmentation du nombre de personnes inscrites dans les GMF de notre région est tributaire des actions entreprises afin de favoriser le recrutement de nouveaux effectifs médicaux pratiquant en GMF et d'accroître le soutien à la pratique médicale dans ces organisations. À titre d'exemple, les actions posées sont : l'organisation de campagnes de recrutement auprès de finissantes et de finissants en médecine; l'ajout de ressources infirmières en GMF; le développement de partenariats avec les CSSS afin d'embaucher d'autres types de professionnels de la santé comme des psychologues ou des nutritionnistes; la mise en place de mesures incitatives pour l'inscription de la clientèle orpheline par le biais des guichets d'accès à un médecin de famille; la promotion de nouveaux modes d'organisation plus performants comme l'accès adapté, l'informatisation, etc.

INDICATEUR 2

Au 31 mars 2014, les personnes inscrites auprès d'un GMF sont au nombre de 190 215 sans pondération, tandis que celles inscrites auprès d'un médecin de famille hors GMF s'élèvent à 37 992 (sur une population de 313 829 habitants et habitantes).

Les actions entreprises afin d'accroître le pourcentage de personnes auprès d'un médecin de famille dans la région sont essentiellement les mêmes que celles réalisées afin d'augmenter le nombre de personnes inscrites en GMF. De fait, les deux indicateurs sont étroitement liés. La seule différence est que les interventions concernent alors tous les médecins pratiquant en première ligne, qu'ils soient en GMF ou non. Le soutien apporté est toutefois moindre pour les médecins pratiquant hors GMF, puisqu'ils ne peuvent bénéficier des avantages liés au programme, comme l'ajout de ressources infirmières. C'est pourquoi la promotion du modèle GMF est faite auprès des médecins.

INDICATEUR 3

En 2013-2014, le GMF Belvédère-Galt, situé sur le territoire de la ville de Sherbrooke, est devenu le quatorzième GMF en Estrie.

INDICATEUR 4

La promotion soutenue du modèle GMF dans notre région explique le pourcentage relativement élevé de médecins pratiquant en GMF par rapport à l'ensemble du Québec dont le pourcentage est de 62 %.

INDICATEUR 5

Considérant les résultats actuels, nous serons en mesure de respecter le plan de déploiement régional des IPS-SPL (en soins de première ligne) qui s'échelonne jusqu'en 2016-2017 et qui a pour objectif l'embauche de quatorze IPS réparties dans les sept CSSS de la région.

Actuellement, nous comptons deux IPS-SPL aux CSSS de Memphrémagog, du Haut-Saint-François, du Val-Saint-François, des Sources, la MRC-de-Coaticook ainsi qu'au CSSS-IUGS. On compte également deux candidates IPS au CSSS-IUGS.

En regard de ce résultat, l'Estrie se positionne dans les trois régions respectant leur plan de déploiement.

> OBJECTIF

Assurer la prestation des soins et des services de santé et des services sociaux, en réduisant les listes et les délais d'attente dans les secteurs priorisés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Délai moyen d'attente pour l'ensemble des services convenus de suivre dans l'entente de gestion.			
	- Jeunes en difficulté (JED)			
	Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse (en jours).	22,8	< 12	12,6
	Délai moyen d'attente pour l'application des mesures en Protection de la jeunesse (en jours).	17,6	< 30	14,9
	Délai moyen d'attente entre l'ordonnance et le premier contact significatif en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (en jours).	3,5	< 14	4,6
	- Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)			
	Délai moyen d'attente pour les services de soutien à domicile SAPA offerts en CSSS (en jours).	21,8	< 30	28,0
	- DP			
	Délai moyen d'attente pour un premier service spécialisé de réadaptation au CRE (en jours).	73,8	< 90	86,8

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
- DI-TED			
Délai moyen d'attente pour un service dans les programmes d'adaptation-réadaptation (en jours) (R1.05.19E).			
En contexte d'intégration résidentielle (R1.05.19.01E)	DI 436 TED 202	Diminution	DI 584 TED 408
À la personne (R1.05.19.02E)	DI 197 TED 339	Diminution	DI 207 TED 435
En contexte d'intégration professionnelle (R1.05.19.03E)	DI 228 TED 61	Diminution	DI 201 TED 130
En contexte d'intégration communautaire (R1.05.19.04E)	DI 377 TED 79	Diminution	DI 326 TED 179
- Services généraux			
Délai moyen d'attente pour les services en phase post-opératoire offerts en CSSS (en jours) (R1.02.10S).	3,4	Diminution	4,1
Délai moyen d'attente pour les services psychosociaux généraux offerts en CSSS (en jours) (R1.02.09S).	30	< 30	29
2 Proportion des demandes de service en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale.	44,4 %	90 %	48 %
3 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins.	87,7 %	100 %	84,7 %
4 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie.	93,0 %	90 %	92 %
5 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins.	78,4 %	100 %	70,1 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

SAPA - L'augmentation du délai moyen d'attente pour les services de soutien à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie est en lien avec l'exercice de complétion des évaluations de la clientèle. Le temps imparti à cette démarche a eu pour effet de retarder la desserte à un certain nombre de personnes.

INDICATEUR 2

Principalement au CHUS, la demande de service est plus grande que l'offre. Plusieurs éléments peuvent expliquer ces délais : manque d'effectifs médicaux, de technologues et de soutien financier afin de soutenir l'utilisation de certains équipements. Des travaux en cours et d'autres à venir nous portent à croire que les délais d'attente seront diminués au cours de la prochaine année.

De fait, pour l'échographie cardiaque, un plan d'action a été demandé au CHUS pour juin 2014 alors que pour l'imagerie par résonance magnétique, l'ajout d'un quart de travail pour septembre 2014 a été demandé.

INDICATEUR 3

Les quatre postes vacants en radiologie ont été comblés, mais l'arrivée de ces médecins s'échelonnent de juillet 2014 à juillet 2015. Par contre, il y a absence de radiologiste au CSSS de la MRC-de-Coaticook et présence de radiologistes à temps partiel aux CSSS du Granit et des Sources. Un plan d'action est en cours d'élaboration afin d'assurer la couverture de ces postes le plus rapidement possible.

Par ailleurs, malgré la contribution des radiologistes hors région et des radiologistes des cliniques privées de radiologie de Sherbrooke, le CHUS maintien un retard important dans la lecture des examens.

INDICATEUR 4

En ajout au commentaire de l'indicateur 3, la région est maintenant pourvue de quelques technologues autonomes en échographie. Des démarches sont en cours afin de sensibiliser les radiologistes à collaborer davantage avec ces technologues pour l'application de leurs nouvelles activités désignées.

INDICATEUR 5

La diminution notée de la performance est principalement causée par le délai entre la transcription des rapports d'examens et la signature des rapports par les radiologistes.

Services généraux

> OBJECTIF

Favoriser l'accès aux services de santé courants par l'intégration de nouvelles pratiques au niveau des services infirmiers généraux et médicaux de première ligne.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre d'ordonnances collectives signées avec les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).	440	Suivi	450

COMMENTAIRES

Le nombre d'ordonnances collectives signées par les CMDP est établi autour de 450, dont 380 se retrouvent sur le site Web de l'Agence et 70 sur celui du CSSS-IUGS.

L'implication des équipes médicales ainsi que l'intérêt marqué à mettre en application de nouvelles ordonnances collectives sont de plus en plus présents. Ceux-ci sont des leviers importants au développement et au déploiement des ordonnances collectives en première ligne, notamment en GMF, en cliniques privées et en CSSS.

> OBJECTIF

Améliorer l'accessibilité au service téléphonique Info-Santé.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins.	85,1 %	85 %	91,6 % (P1 à P 12)

COMMENTAIRES

La proportion des appels répondus à l'intérieur d'un délai de quatre minutes s'est améliorée dans la dernière année.

Les évènements de Lac-Mégantic, dans un contexte de crise, ont démontré la pertinence du déploiement des services psychosociaux et d'une réponse Info-Social de jour. Actuellement, il n'existe pas de réponse téléphonique Info-Social de jour centralisée en Estrie. Elle est décentralisée dans chacun des CSSS de l'Estrie. Notre région souhaiterait centraliser la réponse de jour et revoir l'organisation régionale de crise 24/7 pour la faire migrer vers le modèle Info-Social. Pour ce faire, dans le cadre de notre plan de rétablissement à la suite de la tragédie de Lac-Mégantic, une demande d'allocation budgétaire récurrente a été adressée au MSSS.

À la suite de ces événements, des intervenantes psychosociales et des intervenants psychosociaux ont été ajoutés le jour, le soir et la nuit afin de répondre aux appels téléphoniques en matière de services psychosociaux et une deuxième ligne téléphonique a été ajoutée afin de répondre efficacement aux appels.

> OBJECTIF

Consolider les guichets d'accès pour la prise en charge des clientèles vulnérables sans médecin de famille.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Déploiement d'un guichet d'accès aux services médicaux de première ligne sur l'ensemble des territoires de l'Estrie.	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires
2	Nombre de personnes en attente.	13 595	Diminution	16 291

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

En 2013-2014, les guichets d'accès à un médecin de famille sur l'ensemble des territoires de l'Estrie ont déployé le Système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien (SIGACO). Ce déploiement s'est effectué afin de répondre aux exigences du MSSS en matière de transmission et de gestion de l'information des clientèles en attente d'un médecin de famille.

INDICATEUR 2

Le nombre de personnes en attente d'un médecin de famille aux guichets d'accès sur l'ensemble des territoires de l'Estrie a augmenté considérablement, passant de 13 595 en 2012-2013, à 16 291 en 2013-2014.

Cette augmentation n'est pas causée par une diminution des services de référence offerts par les guichets d'accès à un médecin de famille, mais plutôt par un accroissement de la demande de service.

Les deux principaux facteurs contribuant à hausser la demande sont :

- une meilleure connaissance des services offerts par les guichets d'accès à un médecin de famille de la part de la population et des travailleurs de la santé;
- une cessation de pratique en première ligne (exemple : départs à la retraite) de la part de certains médecins transférant leurs clientèles directement aux guichets d'accès plutôt qu'à des collègues qui demeurent en pratique.

En raison du vieillissement des effectifs médicaux, ce deuxième facteur risque d'être prédominant au cours des prochaines années.

Maladies chroniques

> OBJECTIF

Poursuivre, dans tous les territoires de l'Estrie, la mise en place du programme de gestion des maladies chroniques, des clientèles en insuffisance cardiaque, en réadaptation cardiaque et en diabète.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre d'usagères et d'usagers suivis au programme de gestion des maladies chroniques.	2033	Augmentation	2137
2	Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation.	100 %	s. o.	100 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'accessibilité de la clientèle au programme des maladies chroniques est un défi qui tient à cœur tous les établissements de l'Estrie.

La région travaille actuellement à l'intégration des cadres de référence en prévention et gestion des maladies chroniques des clientèles en insuffisance cardiaque, en réadaptation cardiaque, en diabète et en maladies respiratoires afin d'améliorer la trajectoire de services et le suivi de cette clientèle.

INDICATEUR 2

Tous les CSSS ont mis en place un programme d'autogestion et de réadaptation dans leur territoire.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

> OBJECTIF

Augmenter l'accès aux services de soutien à domicile, aux alternatives à l'hébergement et aux services médicaux.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile (SAD) de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC).	307 586	Augmentation de 3 %. Suivi selon l'addenda SAPA.	335 221

COMMENTAIRES

Les CSSS ont poursuivi la révision de certains processus cliniques et administratifs afin de permettre aux intervenants et aux intervenantes en SAD de longue durée d'être davantage en interventions directes auprès de la clientèle. L'achat de services a également contribué à l'atteinte de l'engagement.

> OBJECTIF

Compléter l'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA).

- Mécanisme d'accès et de coordination des services de santé et des services sociaux
- Gestionnaire de cas
- Système d'évaluation des besoins des personnes âgées
- Système de communication entre les intervenants et intervenantes
- Plan de service pour les personnes âgées

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux de services.	82,8 %	76 %	83,8 %
2	Mécanisme en place dans tous les territoires de l'Estrie (guichet d'accès).	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires
3	Nombre d'ETC gestionnaires de cas.	62,8	66,5	67,4
4	Nombre d'usagers et d'usagères recevant les services d'un gestionnaire de cas par les CSSS.	3343	3491	3730
5	Pourcentage des usagères et des usagers suivis en gestion de cas inscrits dans RSIPA (dossier informatisé).	n. d.	100 %	n. d.
6	Pourcentage des usagères et des usagers suivis en gestion de cas ayant fait l'objet d'un plan de services individualisés (PSI).	18 %	100 %	24,7 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Sept des neuf composantes ont un degré de déploiement de plus de 83 %.

INDICATEUR 2

Le guichet unique par CSSS est en place depuis plusieurs années.

INDICATEUR 3

L'atteinte de la cible correspond à l'ajout de ressources humaines, comme prévu dans le cadre des investissements en coordination de services au SAD.

INDICATEUR 4

L'engagement a été atteint compte tenu de l'ajout de ressources humaines dans la fonction de gestionnaire de cas, comme planifié.

Complément :

Proportion d'usagères et d'usagers pour lesquels un outil d'évaluation multi clientèle (OÉMC) a été rempli :

82 % (Résultat obtenu en prenant le nombre de dossiers actifs dans RSIPA au 31 mars 2014 comparativement au résultat de 2012-2013 calculé sur le nombre total de personnes ayant reçu des services de SAD dispensés par les CSSS.)

L'exercice provincial a sollicité plusieurs professionnels et professionnelles des équipes de SAD sans toutefois affecter le nombre de personnes rejointes ni l'intensité des services. Ces deux indicateurs ont connu une augmentation.

INDICATEUR 5

L'absence d'un générateur de rapport dans la solution informatique RSIPA ne permet pas d'effectuer un tel suivi.

INDICATEUR 6

En 2013-2014, on note une augmentation du nombre absolu de PSI; 855 comparativement à 602 en 2012-2013. Cinq des sept CSSS se répartissent cette augmentation.

> OBJECTIF

Implanter l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée.	n. d.	50 %	0 %

COMMENTAIRES

Des modifications ont été apportées à la grille en 2013-2014. La méthode de calcul fait en sorte qu'aucun établissement n'a implanté au moins quatre des six composantes de l'approche adaptée.

Quatre des six installations répondent à 100 % à la première composante de soutien à l'implantation et 50 % des établissements ont une gouvernance clinique en lien avec l'approche adaptée.

Le niveau de déploiement des composantes varie entre 13 % et 47 % selon les établissements. La composante portant sur l'algorithme de soins est déployée à une hauteur de 40 % dans les établissements concernés par l'approche adaptée.

> OBJECTIF

S'assurer de bien adapter les services de santé et les services sociaux en CHSLD aux besoins des clients : Soins et assistance en milieu de vie.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD.	3,48	3,35	3,60
2	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD.	0,29	0,27	0,31

COMMENTAIRES

INDICATEURS 1 ET 2

L'intensification des heures travaillées provient de l'ajout de ressources humaines à la suite du développement budgétaire du *Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013* et inclut les heures travaillées en unité transitoire de récupération fonctionnelle. L'ensemble des activités prévues au plan 2011-2013 ont été finalisées en 2013-2014.

Déficience physique

> OBJECTIF

Améliorer l'offre de service en première ligne.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement.	CSSS : 1980 CR : 3454	CSSS : 2018 CR : 3400	CSSS : 2230 CR : 3450
2	Taux de desserte en déficience physique.	15,5 %	Suivi	17,6 %
3	Nombre d'usagers et d'usagères ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.	384	408	372
4	Nombre total d'heures de services de SAD de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC).	166 757	Augmentation de 3 % En plus du budget de développement DI-TED/DP	174 700
5	Nombre d'usagers et d'usagères présentant une déficience physique dont la famille est en attente pour les mesures de soutien aux familles et aux proches aidants.	12	Suivi	11

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le nombre de personnes présentant une déficience physique et recevant des services des CSSS a augmenté de façon considérable pour une deuxième année consécutive, progressant de 26 % entre 2011-2012 et 2013-2014. Le financement supplémentaire consenti par le Ministère pour les clientèles DP-DI-TED a ici les effets souhaités. En centre de réadaptation en déficience physique, le nombre d'usagères et d'usagers est demeuré stable. Cet indicateur nous permet de conclure qu'il y a une meilleure accessibilité aux services et que les établissements font les efforts nécessaires pour rejoindre leur clientèle.

INDICATEUR 2

Le taux de desserte à la hausse pour cette clientèle témoigne de l'amélioration de l'offre de service.

INDICATEUR 3

Le résultat atteint pour l'année 2013-2014 ne respecte pas les engagements. Deux motifs expliquent cette situation. D'une part, la cible est ambitieuse puisque l'on dénote que très peu d'attente et, d'autre part, certains territoires travaillent activement à redéfinir leur offre de service en la matière de façon à mieux l'adapter à la réalité de la clientèle. Toutefois, le nombre de familles en attente pour ces mêmes services est demeuré stable.

INDICATEUR 4

L'allocation budgétaire de développement octroyée en 2012-2013 fait en sorte que les résultats attendus sont livrés. Le nombre d'heures total a ainsi progressé de 4,8 % entre l'année 2012-2013 et 2013-2014.

INDICATEUR 5

Le nombre de familles en attente pour des mesures de soutien est demeuré stable au cours de la dernière année. L'attente est attribuable à un territoire en particulier pour lequel un plan d'action est en chantier.

> OBJECTIF

Poursuivre les efforts de réduction des délais d'attente pour accroître l'accès aux services selon les standards établis par le MSSS.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique*.			
	- Toutes priorités	CSSS : 94 % CR* : 93,4 %	90 %	CSSS : 95,4 % CR : 93,7 %
	- URGENT	100 %	90 %	100 %
	- ÉLEVÉ	CSSS : 89,8 % CR : 91,6 %	90 %	CSSS : 91,2 % CR : 92,3 %
	- MODÉRÉ	CSSS : 95,2 % CR : 96,5 %	90 %	CSSS : 95,9 % CR : 96,2 %
2	Délai moyen d'attente pour les services de soutien à domicile en déficience physique offerts en CSSS (en jours).	Urgent : 2 Élevé : 15 Modéré : 59	Urgent : < 3 Élevé : < 33 Modéré : < 360	n. d.

** En Estrie, le CRE est le seul centre de réadaptation en déficience physique.*

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Tant en CSSS qu'au CRE, les engagements en regard du respect des délais définis comme standard par le Ministère, indiquent des résultats supérieurs aux taux prévus, et ce, pour tous les niveaux de priorité. Il est entendu que les établissements maintiennent les efforts déployés au cours des dernières années afin de maintenir ces résultats.

Les CSSS et le CRE ont travaillé de concert afin d'améliorer l'accès, notamment par la mise en place d'un outil de gestion intégrée permettant le suivi régional de la liste d'attente.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

> OBJECTIF

Améliorer l'accès aux services de première ligne et diversifier l'offre de service de première ligne, notamment au niveau des services socioprofessionnels.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre de personnes ayant une déficience recevant des services en établissement.	CSSS : 1131 CR : 1183	CSSS : 836 CR : 1190	CSSS : 1193 CR : 1205
2	Taux de desserte en DI-TED.	17,2 %	Suivi	18,2 %
3	Nombre total d'heures de services de SAD de longue durée rendus à domicile par les différents modes de dispensation de services. (CSSS – mission CLSC).	10 270	Augmentation de 3 % En plus du budget de développement DI-TED/DP.	11 027
4	Nombre d'usagers et d'usagères présentant une DI ou un TED dont la famille est en attente pour des mesures de soutien aux familles et aux proches aidants.	15	Suivi	20

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Tant au sein des CSSS qu'au CRDITED de l'Estrie, le nombre d'usagers et d'usagères a augmenté pour une deuxième année consécutive, progressant de 10,6 % en CSSS et de 5,4 % en CR entre 2011-2012 et 2013-2014. Cet indicateur nous permet de conclure qu'il y a une meilleure accessibilité aux services et que les établissements font les efforts nécessaires pour rejoindre leur clientèle.

INDICATEUR 2

Le taux de desserte à la hausse pour cette clientèle témoigne de l'amélioration de l'offre de service.

INDICATEUR 3

L'allocation budgétaire de développement octroyée aux établissements en 2012-2013 fait en sorte que les résultats attendus sont livrés. Le nombre total d'heures a ainsi progressé de 7,4 % entre 2012-2013 et 2013-2014.

INDICATEUR 4

Malgré une augmentation du nombre d'usagers et d'usagères ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien, le nombre de familles en attente pour ces mesures a augmenté légèrement au cours de la dernière année. L'attente est attribuable à un territoire en particulier pour lequel un plan d'action est en chantier.

> OBJECTIF

Réduire les délais d'attente selon les standards établis par le Ministère.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une DI-TED.*			
- Toutes priorités	CSSS : 97,2 % CR* : 71,8 %	90 %	CSSS : 96,5 % CR : 75 %
- URGENT	CSSS : s. o. CR : 66,7 %	90 %	CSSS : 100 % CR : 50 %
- ÉLEVÉ	CSSS : 100 % CR : 62,1 %	90 %	CSSS : 100 % CR : 71 %
- MODÉRÉ	CSSS : 96,8 % CR : 75,4 %	90 %	CSSS : 96,2 % CR : 76,8 %
Délai moyen d'attente pour les services de soutien à domicile DI-TED offerts en CSSS (en jours).	Urgent : Aucune demande Élevé : 10 Modéré : 77	Urgent : < 3 Élevé : < 33 Modéré : < 360	n. d.

* *En Estrie, le CRDITED de l'Estrie est le seul centre de réadaptation en déficience intellectuelle.*

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Les résultats des établissements de type CSSS quant au taux de respect des standards établis par le Ministère pour la prise en charge des nouveaux dossiers DI-TED sont excellents. Il est entendu que les établissements maintiennent les efforts déployés au cours des dernières années.

Quant au CRDITED de l'Estrie, la réorganisation interne au sein de l'établissement porte ses fruits sans pour autant avoir permis, jusqu'à maintenant, l'atteinte des standards. Des efforts continus sont réalisés et l'Agence accompagne l'établissement dans sa nouvelle organisation.

Toutefois, un regard au plan provincial nous permet de constater que ces résultats sont supérieurs à ceux observés dans les autres régions. Ainsi le taux de respect « TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS » du CRDITED de l'Estrie se situe à près de 10 % plus élevé que celui de la moyenne des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) au Québec (75 % CRDITED de l'Estrie/65,9 % CRDI pour l'ensemble du Québec).

Jeunes en difficulté

> OBJECTIF

Bonifier l'offre de service de première ligne et de services spécialisés :

- Pour les CSSS et le CJE, implanter le programme régional « Réseau Parent'Aise ».
- Spécifiquement pour les CSSS, déployer un programme d'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu (Programme Crise-Ados-Familles-Enfance [CAFE]).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert (programme Réseau Parent'Aise).	100 %	100 %	100 %
2	Taux de resignalement suivant la fin de l'application des mesures en Protection de la jeunesse.	8,0 %	Diminution	10,5 %
3	Durée moyenne de placement.	n. d.	Diminution	n. d.
4	Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert.	100 %	100 %	100 %
5	Nombre d'usagères et d'usagers inscrits dans les CSSS au programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (de type CAFE) - Tous âges.	107	Augmentation	226

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le programme Réseau Parent'Aise est offert dans tous les territoires de la région depuis le 1er avril 2010.

INDICATEUR 2

Le résultat de l'indicateur 2 est au 8 février 2014. Le résultat de la période se terminant le 31 mars 2014 est non disponible.

Précisons que 3,9 % des enfants ont fait l'objet d'une nouvelle intervention du Directeur de la protection de la jeunesse à la suite d'un resignalement.

INDICATEUR 3

Dans le cadre du suivi des ententes de gestion et d'imputabilité, l'indicateur 1.06.13 Durée moyenne des placements n'est pas suivi en 2013-2014.

INDICATEUR 4

Le programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu est offert dans tous les territoires de la région depuis le 7 janvier 2013.

INDICATEUR 5

L'importance de l'écart entre 2012-2013 et 2013-2014 s'explique par le fait que 2012-2013 était une année de déploiement de ce nouveau service.

Dépendances

> OBJECTIF

Accentuer les services de première ligne au niveau de la détection, du dépistage et de l'intervention précoce.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS.	546	315	589
2	Nombre de jeunes de moins de 18 ans pour lesquels est administré l'outil DEP-ADO.	34	Suivi	46

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
3	Nombre d'adultes de 18 ans et plus ayant bénéficié de toute intervention incluant les activités de repérages (CAGE) et de détection (DEBA).	510	714	494

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Les résultats obtenus démontrent une augmentation progressive pour l'ensemble des CSSS. Les résultats sont très satisfaisants.

INDICATEUR 2

L'investigation de la consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes est faite en majorité en milieu scolaire ou en centre jeunesse, ce qui vient expliquer le faible taux de jeunes auxquels l'outil DEP-ADO est administré en CSSS.

INDICATEUR 3

Un roulement de personnel dans les CSSS a engendré beaucoup de nouvelles personnes à former (intervenantes-pivots et intervenants-pivots), ce qui explique le ralentissement observé.

> OBJECTIF

Augmenter l'accessibilité aux services spécialisés, notamment de la clientèle dépendante avec problème en santé mentale.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Proportion d'usagères et d'usagers admis en désintoxication au CRDE suite à une décision de l'infirmière de liaison.	10,7 %	Suivi	13,7 %
2	Pourcentage des personnes évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de quinze jours ouvrables ou moins.	70,6 %	60 %	80,8 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'amélioration du nombre d'usagères et d'usagers admis en désintoxication s'est faite grâce au meilleur aiguillage de l'infirmière de liaison au CRDE.

INDICATEUR 2

Un suivi étroit de gestion de la liste d'attente explique l'amélioration du pourcentage de personnes évaluées dans un délai de moins de quinze jours.

Santé mentale

> OBJECTIF

Augmenter les services de soutien d'intensité variable dans la communauté (CSSS).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes ayant reçu ces services.	186,6	419	188,2

COMMENTAIRES

Une légère augmentation du nombre de places en 2013-2014 s'explique par une démarche de réorganisation des services de soutien d'intensité variable auprès des CSSS. Une première étape d'analyse de la situation est complétée avec le soutien du Centre national d'excellence en santé mentale.

Toutes les usagères et tous les usagers sont vus à l'intérieur de 30 jours. Il n'y a donc aucune liste d'attente.

> OBJECTIF

Diminuer les délais d'attente à l'urgence psychiatrique et à l'accès aux services de première ligne et aux services spécialisés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Pourcentage d'usagères et d'usagers dont les services spécifiques de santé mentale de première ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 30 jours.	n. d.	90 %	n. d
2	Pourcentage d'usagères et d'usagers dont les services spécialisés de santé mentale de deuxième et de troisième lignes ont débuté à l'intérieur de 60 jours (CHUS pour l'Estrie).	n. d.	90 %	n. d
3	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale (en heures).	22,2	< 18	21,9
4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale.	13,2 %	0,0 %	13 %

COMMENTAIRES

INDICATEURS 1 ET 2

Indicateurs retirés temporairement par le MSSS.

INDICATEUR 3

Le résultat est légèrement en deçà de la moyenne provinciale (22,1). L'engagement n'a pas été atteint en lien avec la disponibilité des lits et aux mouvements des patients et des patientes sur les unités de soins psychiatriques dont la cause possible est qu'aucune unité de psychiatrie générale existe au CHUS.

INDICATEUR 4

Nous constatons une diminution constante du pourcentage depuis 2010-2011, pour une durée moyenne de séjour (DMS) diminuée de cinq heures par rapport à 2012-2013 et un nombre comparable de visites de patients et de patientes sur civière.

> OBJECTIF

Diversifier l'offre de services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie sur tous les territoires de l'Estrie.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Diminuer le nombre de places en ressources intermédiaires-ressources de type familial (RI-RTF) en santé mentale pour augmenter les places en logements autonomes avec soutien (appartements supervisés, supervision à distance, etc.) *Note : indicateur ajouté en janvier 2014.*	RI-RTF SM : 231 Logements autonomes avec soutien : 64	Augmentation du nombre de places en logements autonomes.	RI-RTF SM : 100 Logements autonomes avec soutien : 94
2	Soutien résidentiel pour tous les programmes.	1 841 places	Suivi	1 974 places

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Augmentation de cinq places en logements autonomes et de trois places en RI-RTF en santé mentale. Le développement d'une offre de services résidentiels diversifiée se justifie par la priorité accordée au rétablissement de la personne dans sa globalité et aux moyens (ex. : appartement supervisé) qui lui donneront espoir et facilitera sa participation active à la vie en société.

INDICATEUR 2

Augmentation globale de 133 places. De ce nombre, 115 sont attribuables à la mise sur pied des familles d'accueil de proximité au Centre jeunesse de l'Estrie.

> OBJECTIF

Développer des services de suivi intensif dans le milieu pour les personnes atteintes de problème grave en santé mentale.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes ayant reçu ces services.	38,1	70	49,2

COMMENTAIRES

Le CHUS a complété en cours d'année son équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) avec dix intervenants et intervenantes.

Bien que 74 usagères et usagers différents ont reçu les services de l'équipe SIM dans l'année, l'équipe de suivi intensif doit poursuivre les actions pour atteindre la cible demandée par le MSSS de 70 places en moyenne pour l'ensemble de l'année. Une place équivaut à l'usagère ou à l'usager vu au moins deux fois par période.

> OBJECTIF

Améliorer l'arrimage et l'intégration des services pour la clientèle avec problématique de santé mentale et dépendance.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Programmation intégrée CJPC/MSG. Déménagement MSG.	Suivi	Suivi	Suivi

COMMENTAIRE

Les arrimages et la collaboration ont été renforcés entre les deux équipes (volet dépendances et volet santé mentale) grâce à la proximité physique au CRDE.

> OBJECTIF

Consolider l'offre de service des psychiatres, des pédopsychiatres et des gérontopsychiatres répondants.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre de CSSS ayant un psychiatre répondant pour les omnipraticiens et les omnipraticiennes et l'équipe de base.	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires
2	Nombre de CSSS ayant un pédopsychiatre répondant.	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires

COMMENTAIRE

INDICATEURS 1 ET 2

Des travaux sont en cours afin d'harmoniser la pratique médicale du psychiatre répondant et du pédopsychiatre sur chacun des territoires.

> OBJECTIF

Développer les opportunités d'intégration socioprofessionnelle pour la clientèle en santé mentale.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Allocation budgétaire pour chaque CSSS.	150 000 $ alloués et la répartition n'est pas complétée.	Offre déployée dans l'ensemble des CSSS.	L'allocation budgétaire est complétée.

COMMENTAIRES

Un établissement est toujours en processus d'implantation du modèle de travail adopté régionalement en insertion socioprofessionnelle et déployé dans les six autres territoires de l'Estrie.

L'allocation budgétaire pour soutenir le déploiement de mesures socioprofessionnelles pour la clientèle en santé mentale est complétée. Les établissements recevront cette allocation budgétaire sur une base annuelle.

Santé physique

:: LUTTE CONTRE LE CANCER

> OBJECTIF

Mettre en place des équipes interdisciplinaires, notamment en première ligne pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre d'équipes interdisciplinaires mises en place (CSSS et CHUS).	0	En attente de budget du MSSS.	0

COMMENTAIRES

Les équipes actuellement en place dans les CSSS ont été développées à partir de budgets du MSSS pour couvrir les services en soins palliatifs. Les CSSS ne peuvent répondre actuellement, sans un investissement budgétaire, à la clientèle atteinte d'un cancer selon le Cadre national en cancérologie de la Direction québécoise en cancer du MSSS.

:: SOINS PALLIATIFS

> OBJECTIF

Assurer l'accès aux soins palliatifs de fin de vie par la mise en place d'équipes interdisciplinaires en première ligne.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre d'équipes mises en place.	s. o.	En attente de budget du MSSS.	1 équipe par territoire, non dédiée.

COMMENTAIRES

Les investissements 2013-2014 en SAD – soins palliatifs ont permis d'assurer l'accès aux soins palliatifs en première ligne et de consolider six équipes dans les CSSS de la région. Un seul CSSS n'a pas d'équipe de soins palliatifs.

Le nombre d'usagères et d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile a augmenté de 22 % et la somme des interventions de 9 %.

De plus, le CSSS des Sources a obtenu un financement à la suite d'un appel de projets en soutien communautaire à l'offre de service en soins palliatifs à domicile. Ce financement a permis d'ajouter 0,8 ETC pour une infirmière et 0,6 ETC pour un travailleur social, ainsi que des heures de répit.

:: MÉDECINE ET CHIRURGIE

> OBJECTIF

Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central, un accès aux chirurgies dans un délai de six mois.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche (6 mois).	96 %	95 %	93 %
2	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou (6 mois).	91 %	92 %	95 %
3	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte (6 mois).	97 %	98 %	97 %
4	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour (6 mois).	92 %	90 %	93 %
5	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (6 mois).	90 %	90 %	93 %

COMMENTAIRES

Dans l'ensemble, les personnes inscrites au mécanisme central ont eu un accès aux chirurgies dans un délai de six mois. Il faut préciser que l'engagement de la région de l'Estrie est plus élevé que la cible identifiée dans le plan stratégique du Ministère. En fait, la cible ministérielle de 90 % est atteinte pour tous ces indicateurs.

Afin d'assurer une meilleure accessibilité et continuité des services, le *Plan de travail régional 2013-2014 – Accès aux services spécialisés* a été adopté par le Comité directeur du programme Santé physique en juin 2013 et présenté au comité de direction de l'Agence et à la TCRE. Un suivi régulier a été fait au cours de l'année avec les responsables locaux d'accessibilités aux services spécialisés et le Ministère.

De plus, le nombre total de chirurgies réalisées a augmenté par rapport à l'année 2012-2013 :
(source : rapport 8 SIMASS 2014-05-13)

Hanche : + 13 %
Genou : + 10 %
Cataracte : + 8 %
Chirurgie d'un jour : + 3 %
Chirurgie hospitalisée : + 2 %.

> OBJECTIF

Assurer aux personnes atteintes d'un cancer un accès aux services selon le délai du MSSS : 28 jours.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Pourcentage de patientes et de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours.	59,6 %	80 %	58,8 %
2	Pourcentage de patientes et de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égale à 56 jours. *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014.*	80,6 %	100 %	81,8 %
3	Proportion des patientes et des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie.	98,6 %	98 %	99,5 % (P 12)*

** Donnée au 8 mars 2014.*

COMMENTAIRES

INDICATEURS 1 ET 2

En février 2014, le CHUS a mis à jour son plan d'action de chirurgie oncologique.

Des priorités supplémentaires ont été ajoutées en urologie et en oto-rhino-laryngologie pour augmenter l'accès à la clientèle.

INDICATEUR 3

Les services en radio-oncologie sont offerts au CHUS. L'établissement a effectué un suivi rigoureux des délais pour respecter les cibles.

> OBJECTIF

Assurer le respect des standards établis par le Ministère pour la durée de séjour sur civière.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Séjour moyen sur civière (en heures).	12,4	11	12,9
2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus (en heures).	14,2	12	14,6
3	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière.	2,4 %	1,0 %	2,4 %
4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.	2,3 %	1,6 %	2,2 %
5	Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière.	13,6 %	12,0 %	15 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Malgré la non atteinte de l'engagement, la région se situe en deçà de la moyenne provinciale de 16,7 heures.

La légère augmentation de la DMS est attribuable à différents facteurs :

- DMS de l'urgence santé mentale (CHUS–Hôtel-Dieu);
- Pratique médicale aux urgences (CHUS–Hôpital Fleurimont, voir commentaire indicateur 5);
- Débordement dans les lits de courte durée à cause des usagers et des usagères en attente de relocalisation;
- La non-disponibilité des lits sur les unités de soins en général;
- La non-disponibilité des lits sur les unités de soins en lien avec des travaux majeurs de rénovation;
- L'augmentation de 5 % dans la gravité des cas;
- La modification de l'entrée des données en lien avec le statut des patients et des patientes sur civière (CSSS de la MRC-de-Coaticook).

Moyens mis en place pour diminuer la DMS :

Par le CHUS :

- Ajout d'un travailleur social sept jours par semaine, sur les deux sites afin de favoriser le retour à domicile des patients et des patientes ou les diriger vers une autre ressource et ainsi, éviter l'hospitalisation;
- Suivi rigoureux dans la gestion des lits, appel conférence au besoin, dans le but de désengorger les urgences;
- Réorientation des patients et des patientes vers une clinique-réseau (Clinique des médecins d'urgence).

Par le CSSS de Memphrémagog :

- Travaux en cours sur différentes causes : grands utilisateurs, soutien aux résidences privées.

Par le CSSS du Granit :

- Projet d'ajout d'un lit de télémétrie en médecine pour libérer la civière avec moniteur de l'urgence.

INDICATEUR 2

Le résultat est très en deçà de la moyenne provinciale (22,4).

Une légère augmentation est attribuable à la modification de l'entrée des données (statut des patientes et des patients sur civière) d'un établissement (CSSS de la MRC-de-Coaticook).

Le nombre de visites par patient ou par patiente sur civière est comparable, mais on remarque une légère augmentation de la clientèle ambulatoire pour les CSSS.

INDICATEUR 3

Les données sont comparables depuis cinq ans (portraits quinquennaux). La non atteinte de l'engagement est attribuable aux différents facteurs mentionnés à l'indicateur 1.

INDICATEUR 4

Les données sont stables depuis trois ans (portraits quinquennaux). La non atteinte de l'engagement est attribuable aux différents facteurs mentionnés à l'indicateur 1.

INDICATEUR 5

L'augmentation est causée par les facteurs mentionnés à l'indicateur 1. L'urgentologue a un délai pour décider de l'orientation du patient ou de la patiente et si un spécialiste en consultation est requis, des délais supplémentaires s'ajoutent.

2.1.3 FAVORISER L'ARRIMAGE ENTRE LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET LES SERVICES SPÉCIALISÉS

> OBJECTIF

Actualiser des mécanismes d'accès aux services de consultation spécialisée et aux plateaux techniques spécialisés, notamment en imagerie médicale.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Mettre en place un mécanisme d'accès (Accueil clinique) régional aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature aiguë et subaiguë référées par un médecin de famille. *Note : Titre de l'indicateur modifié en janvier 2014.*	Actualisation prévue d'ici la fin de 2013.	Actualisation et mise en place de mécanismes d'accès pour différentes problématiques de santé, telles que : anémie, angine, fibrillation auriculaire de novo, saignement du premier trimestre et thrombophlébite. *Note : Modification de l'engagement en janvier 2014.*	Actualisation prévue d'ici janvier 2015.

COMMENTAIRES

La rédaction du *Cadre de référence* pour l'accueil clinique est débutée. Un comité de travail sera mis en place au cours des prochains mois afin d'actualiser le mécanisme d'accès.

2.1.4 DÉVELOPPER UN PARTENARIAT PRIVILÉGIÉ DANS LA MISE EN RÉSEAU DES SERVICES

> OBJECTIF

Convenir pour tous les programme-services de mécanismes formels de référence et de rétroaction.

Poursuivre les efforts de partenariat dans les programmes-services de première ligne, dont les organismes communautaires et les services spécialisés et inter programmes-services.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre d'ententes signées (consignées à la DSAMU). *Note : Indicateurs jumelés en janvier 2014.*	Atteint 299	Augmentation	297

COMMENTAIRE

Précisons que certaines ententes ont été jumelées en cours d'année ce qui explique la diminution.

> OBJECTIF

Travailler à l'arrimage des priorités de chaque établissement et la prise de décision en réseau de partenaires, dont les organismes communautaires et les services médicaux (clinique et GMF).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Rencontres des comités directeurs des programmes-services.	Réalisé	3 ou 4 rencontres par année selon les comités directeurs des programmes-services.	3 ou 4 rencontres par année selon les comités directeurs des programmes-services.

COMMENTAIRES

La région a poursuivi son travail d'arrimage des priorités par son mode de fonctionnement, soit les rencontres de chacun des comités directeurs des programmes-services. Cette structure permet d'établir et d'harmoniser les priorités de travail pour l'ensemble des programmes-services de la région tout en améliorant la qualité, l'accès ainsi que la continuité des services.

2.1.5 ASSURER LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX OFFERTS

> OBJECTIF

Adhérer à une vision régionale commune de la qualité des services de santé et des services sociaux, intégrant l'ensemble des mesures porteuses de la qualité.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Plan de mise en œuvre du Cadre de référence régional réalisé.	Réalisé	Réalisé	Réalisé
2	Pourcentage d'atteinte des activités reliées au plan de communication.	90 %	100 %	90 %
3	Adoption, par la Table régionale qualité (TRQ), d'une stratégie de promotion de la qualité en continu.	Stratégie adoptée.	Réalisé	Réalisé
	Actualisation du plan de communication général sur la promotion de la qualité en continu :			
4	Actualisation de l'infolettre *Coups de cœur qualité*. *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014.*	n. d.	2 infolettres *Coups de cœur qualité* diffusées.	Non réalisé.
5	Adoption d'un plan de communication pour la valorisation du travail en CHSLD. *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014.*	n. d.	Plan de communication adopté.	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEURS 1 À 4

Le *Plan de mise en œuvre du Cadre de référence sur la qualité des soins et des services en Estrie* a été réalisé en 2011-2012.

Le plan de communication qui en a découlé a aussi été réalisé en grande partie au cours de l'année 2012-2013. L'ensemble des moyens et des outils ont été actualisés, mis à part la transmission aux partenaires d'influence qui comportait la présentation du *Cadre de référence* aux instances de concertation régionale. En 2013-2014, il restait à présenter le *Cadre de référence* à deux tables de concertation et à cinq comités directeurs sur un total de seize. Ces présentations n'ont pas été réalisées compte tenu que la plupart des membres des tables et des comités restants siégeaient sur d'autres instances ayant déjà bénéficié de la présentation.

En 2012-2013, la TRQ a adopté un plan de communication visant la promotion de la qualité en continu et la valorisation des bons coups du réseau. Les actions qui en découlaient devaient être réalisées en 2013-2014.

Le groupe de travail s'est préparé à la sortie de deux rapports sur le *Registre national de déclaration des incidents et des accidents du système de santé et de services sociaux*. De plus, il y a eu la planification et l'élaboration de l'infolettre *Coups de cœur qualité* qui sera diffusée pour la première fois en juin 2014. De plus, le groupe de travail a débuté la planification du premier Colloque qualité qui se tiendra le 31 octobre 2014 et qui sera jumelé au Colloque sur la promotion des droits des usagers.

INDICATEUR 5

Découlant du mandat de promotion de la qualité en continu de la TRQ, un groupe de travail a été formé pour élaborer un plan de communication pour la valorisation des soins et des services en CHSLD. Ce dernier a été adopté par la TRQ.

Le groupe de travail en a assuré l'actualisation, notamment en élaborant un calendrier régional d'événements de communication avec les médias. À la suite d'une présentation au Comité directeur du programme SAPA, la composition du groupe de travail a été bonifiée pour assurer la représentation de tous les territoires de CSSS.

Chaque CSSS et CHSLD privé de la région a dû planifier des relations médias au cours de l'année 2014 afin de promouvoir la qualité du travail effectué en CHSLD. Une revue de presse exhaustive est prévue pour recenser la couverture médiatique.

> OBJECTIF

Soutenir les établissements en favorisant des mécanismes de concertation et de collaboration face aux défis communs ciblés par les organismes d'agrément.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Constitution d'une boîte à outils et mécanisme de dépôt des documents sur le babillard régional Qualité utile et fonctionnel.	Non réalisé.	Continu	Réalisé

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
2	Dépôt d'un bilan régional en lien avec les recommandations formulées par les organismes d'agrément.	Déposé	Réalisé	Réalisé
3	Réception des suivis en lien avec les recommandations aux différentes instances dans le bilan régional sur l'agrément.	n. d.	60 % des suivis reçus.	Non réalisé.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Tout au long de l'année, les informations pertinentes aux actions structurantes de la qualité sont déposées au babillard régional Qualité. Les membres sont informés à chaque dépôt de documents.

INDICATEURS 2 ET 3

Le 17 avril 2013, était déposée à la TRQ la synthèse des recommandations émises par le groupe de travail sur l'optimisation de l'agrément. Des dix-sept recommandations proposées, douze ont été retenues par la TRQ et ciblent différentes instances pour en assurer les suivis.

L'arrivée de plusieurs nouveaux membres à la TRQ explique toutefois que les suivis n'ont pu être adressés aux responsables ciblés. En ce sens, l'appropriation du mandat de la Table par les nouveaux membres est nécessaire pour orienter adéquatement les douze recommandations. Le suivi de ces recommandations sera effectué en 2014-2015.

> OBJECTIF

S'assurer d'une prestation sécuritaire des services, afin de :

- Prévenir et contrôler les infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.
- Diminuer les incidents/accidents, particulièrement les erreurs médicamenteuses.
- Diminuer l'utilisation des mesures de contrôle (contention, isolement).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés présentant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux taux établis.	100 %	100 %	100 %
2	Nombre de déclaration d'incidents/accidents dans le registre national par l'établissement, dont celles reliées aux erreurs médicamenteuses.	**Semestre 1** (1er avril au 30 septembre) Médicaments : 4940 Total : 12 483 **Semestre 2** (1er octobre au 31 mars) Médicaments : 4434 Total : 11 774 Données corrigées en juillet 2014.	Suivi	**Semestre 1** (1er avril au 30 septembre) Médicaments : 9556 Total : 23 934 **Semestre 2** (1er octobre au 31 mars) Données disponibles en septembre 2014.
3	Nombre de déclarations ayant fait l'objet d'une divulgation à l'usager ou à l'usagère.	3590/3722 (96 %)	100 %	3043/3146 (97 %)
4	Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents décrites dans le rapport annuel des établissements	n. d.	100 % des établissements.	80 %
5	Nombre de personnes participantes (personnel médical et infirmier, ergothérapeutes, physiothérapeutes) ayant reçu la formation *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et l'isolement.*	61 %	66 %	45 %
6	Mécanisme d'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (article 118.1 de la LSSSS) mis en place dans les établissements et décrit dans le rapport annuel des établissements.	n. d.	100 % des établissements.	60 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'Estrie fait partie des six régions sur les seize concernées par l'indicateur ayant obtenu ce résultat de 100 %.

INDICATEUR 2

La majorité des événements survenus en Estrie suivent la tendance nationale, c'est-à-dire que les chutes (28 %) et les erreurs médicamenteuses (40 %) sont les événements les plus déclarés. L'ensemble des établissements doivent connaître ces événements dans un souci d'amélioration continue et prendre action lors d'événements sentinelles et répétitifs. Il est important de promouvoir la culture de déclaration dans les établissements afin d'avoir un portrait juste de la situation et de pouvoir agir sur les causes à la suite de l'analyse des événements.

INDICATEUR 3

En 2012-2013, 96 % des événements à divulgation obligatoire (gravité E1 à I) ont été divulgués. Pour l'année 2013-2014, une amélioration de 1 % est observée, soit un résultat de 97 %. Nous continuons à mettre l'emphase sur la divulgation des événements de gravité E1 à I.

INDICATEUR 4

Au cours de l'année 2013-2014, dans une optique d'amélioration continue, une analyse des rapports annuels 2012-2013 des établissements a été effectuée par l'Agence. Un rapport individuel leur a été transmis. Ainsi, les établissements sensibilisés à l'importance d'insérer l'information demandée par cet indicateur à leur rapport annuel respectif, ont répondu favorablement par rapport à l'année précédente.

INDICATEUR 5

Pour une sixième année consécutive, la cible de 66 % n'a pas été atteinte en Estrie. Aussi, si on compare le résultat obtenu pour l'année 2013-2014 à celui de l'année précédente, une baisse de 16 % est constatée.

L'année 2013-2014 marque une baisse dans la formation devant être donnée au personnel infirmier (de 15 %), aux ergothérapeutes (de 12 %) ainsi que pour la catégorie de personnel « autres » (de 18 %) comprenant notamment les préposées et préposés aux bénéficiaires (PAB), les infirmières et infirmiers auxiliaires et les techniciennes et techniciens en réadaptation physique. Ces résultats sont tout le contraire de l'année précédente, où s'inscrivait plutôt une hausse des formations données à tous ces titres d'emploi.

En ce qui concerne la formation devant être donnée aux physiothérapeutes, une hausse de 8 % est constatée. Il en va de même pour les médecins (augmentation de 2 %).

Cette formation fait partie des formations jugées obligatoires par le MSSS et ainsi doit être priorisée par les établissements. Des interventions en ce sens seront faites auprès des membres de la TRQ au cours de la prochaine année.

INDICATEUR 6

Au cours de l'année 2013-2014, dans une optique d'amélioration continue, une analyse des rapports annuels 2012-2013 des établissements a été effectuée par l'Agence. Un rapport individuel leur a été transmis. Le bilan des vérifications démontre qu'il y a lieu de poursuivre les interventions pour les sensibiliser à l'importance d'insérer l'information demandée par cet indicateur à leur rapport annuel respectif. Encore peu d'établissements inscrivent l'évaluation réalisée sur l'application des mesures de contrôle.

> OBJECTIF

Délivrer un certificat de conformité à toutes les résidences privées pour aînés de l'Estrie.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de résidences certifiées.	94,4 %	100 %	97 %

COMMENTAIRES

Au 31 mars 2014, l'Estrie comptait 106 résidences privées pour aînés. Le processus de certification est le suivant :

- Résidences certifiées : 58;
- Résidences en renouvellement : 42;
- Résidences en attestation temporaire : 6.

> OBJECTIF

S'assurer du respect des critères sociosanitaires énoncés au *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés.*

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Mise en œuvre du processus d'intégration des modifications à la LSSSS pour resserrer la certification (projet de loi n° 16).	Réalisé	Processus implanté.	Processus implanté.
2	Nombre de rencontres d'information réalisées dans les territoires auprès des propriétaires de résidences privées pour aînés.	En réalisation.	17	17

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le maintien des critères et des normes de certification nécessite un suivi régulier qui se traduit notamment par des visites de soutien et d'accompagnement de l'Agence. Pour l'année 2013-2014, cela représente plus de 90 rencontres individuelles dans les résidences privées pour aînés.

De plus, l'Agence a effectué une vingtaine de visites d'inspection en vertu de l'article 346.0.8 pour s'assurer du respect de la nouvelle réglementation.

INDICATEUR 2

Pour la présentation du nouveau règlement, neuf groupes ont été rencontrés dans chacun de leur territoire, en compagnie des intervenants clés du CSSS ou lors d'une rencontre supplémentaire en soirée, pour les exploitants qui n'avaient pu assister.

Cinq rencontres supplémentaires ont permis de joindre les personnes suivantes : intervenantes sociales et intervenants sociaux (CSSS et CHUS), groupes communautaires dédiés aux personnes âgées et partenaires des ministères et des organismes liés à la certification (Service de sécurité incendie, Régie du bâtiment du Québec (RBQ), municipalités, etc.).

En janvier 2014, en collaboration avec les commissions scolaires de la région de l'Estrie et de la mutuelle Formarez, deux rencontres ont permis la présentation du programme de formation *Assistance aux personnes en résidences privées pour aînés*.

Enfin, en mars 2014, l'Agence a collaboré à la présentation, par la RBQ, des nouvelles obligations liées à la sécurité des immeubles abritant des personnes âgées.

D'autres rencontres sont à prévoir pour l'année 2014-2015 :

- Protocole d'entente entre une résidence privée pour aînés et le CSSS de son territoire;
- Procédure relative à la déclaration et à la recherche des antécédents judiciaires du personnel et des bénévoles.

> OBJECTIF

Mettre en place le processus de certification des ressources intervenant en toxicomanie et dans les autres secteurs selon la règlementation découlant du projet de loi n° 56.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de ressources certifiées selon le projet de loi n° 56.	46 % (6/13)	100 %	100 %

COMMENTAIRES

L'année 2013-2014 fut très active au niveau de la certification en Estrie. En effet, sept ressources ont franchi avec succès les étapes menant à l'obtention de leur certificat de conformité. Ayant accompagné chacune dans son processus de certification, l'Agence constate une rigueur accrue des organismes à vouloir respecter les normes du *Règlement sur la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique*.

L'année 2013-2014 a aussi été marquée par une décision de l'Agence de ne pas renouveler le certificat de conformité d'une ressource d'hébergement en toxicomanie, soit la Maison d'accueil L'Estime. Le processus ayant mené à cette décision a exigé que soit consenties de nombreuses heures de travail par l'équipe de certification régionale. Qui plus est, la ressource s'est prémunie de son droit de contester la décision de l'Agence devant le Tribunal administratif du Québec (TAQ). Cela a également eu pour effet d'augmenter le temps de travail de l'équipe de certification pour la préparation du dossier devant le TAQ. Ainsi, des audiences ont eu lieu devant le TAQ, et le 26 mai 2014, la juge rendait un jugement dans lequel elle rejetait le recours de la Maison d'accueil L'Estime et confirmait la décision de l'Agence de ne pas renouveler leur certificat de conformité. Au 31 mars 2014, l'Agence était toujours en attente de la décision du Tribunal.

Responsable de constituer et de tenir à jour le registre des ressources de son territoire, l'Agence a répété son exercice annuel en sollicitant les organismes. Ainsi, au 31 mars 2014, on dénombrait 507 places disponibles en Estrie.

Voici les services offerts par les treize ressources du territoire :

SERVICE OFFERT	NOMBRE DE RESSOURCES OFFRANT CE SERVICE
Thérapie	10
Réinsertion sociale	5
Traitement de substitution (méthadone)	1
Aide et soutien à la désintoxication	2

2.2 ENJEU 2

LA MAXIMISATION DE NOTRE CAPACITÉ D'ATTRACTION, DE RÉTENTION ET D'ADAPTATION À L'ÉVOLUTION DE LA PÉNURIE ACTUELLE ET APPRÉHENDÉE EN RESSOURCES HUMAINES, DANS L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

L'année 2013-2014 a été teintée par la continuité des actions des établissements afin d'atteindre les objectifs en regard des ressources humaines du réseau estrien. C'est dans une culture de concertation que différentes mesures d'attraction et de rétention du personnel ont été déployées, telles que la participation à des salons de l'emploi, des journées d'ambassadeurs, de jeunes explorateurs d'un jour, par la campagne de recrutement régional *L'Estrie t'applaudit*, etc.

Plusieurs projets locaux et régionaux d'organisation du travail ont été réalisés, et d'autres sont en cours. Les arrimages et la concertation avec les milieux d'enseignement se sont poursuivis pour une offre de stages et de formation en adéquation avec nos besoins.

Les établissements ont mené différents chantiers en lien avec la gestion de la présence au travail, le développement de milieux favorisant la santé et le bien-être du personnel et le partage d'initiatives pour l'amélioration du climat des organisations.

Bien que le cycle de la *Planification stratégique régionale 2010-2015* ne soit pas terminé, différents éléments ont suscité la réflexion des membres de la Table régionale des ressources humaines (TRRH) tout au cours de l'année. Mentionnons la révision du fonctionnement de la TRRH, les négociations en vue du renouvellement des conventions collectives, l'élaboration de la *Planification stratégique régionale 2015-2020*.

Trois enjeux sont ressortis de ces discussions et des actions se poursuivront en ce sens au cours des prochaines années :

- Le renforcement du partenariat patronal-syndical, considérant les chantiers d'optimisation en cours et à venir, la reconfiguration du réseau des établissements estriens, les démarches d'amélioration de la performance régionale;
- L'attraction et la rétention de la main-d'œuvre, par l'utilisation optimale des ressources humaines dans les établissements, le partage de l'expertise et l'analyse régionale des mouvements de main-d'œuvre;
- Le virage sur le développement des compétences du personnel, par le partage d'une vision régionale commune, le transfert des connaissances et de l'expertise, et la mise en place d'une plate-forme permettant l'utilisation des nouvelles technologies.

Nathalie Léonard

M^me^ Nathalie Léonard
Directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

2.2.1 AUGMENTER LE POUVOIR D'ATTRACTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

> OBJECTIF

Valoriser le secteur de la santé et des services sociaux, de ses établissements et de ses professions et métiers.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Programme de valorisation implanté.	Réalisé	Réaliser un deuxième projet ambassadeur et un deuxième projet *Jeunes explorateurs d'un jour.*	Réalisé

COMMENTAIRES

Le *Salon des professions* a eu lieu au Collège Mont Notre-Dame le 24 octobre 2013. Les étudiantes de secondaire 3, 4 et 5 ont rencontré des ambassadeurs du réseau dans les domaines suivants : nutrition, laboratoire médical, inhalothérapie, radio-oncologie, orthophonie, ergothérapie et travail social.

Le *Salon des carrières en santé et services sociaux* a eu lieu au Collège Sacré-Cœur le 26 février 2014. Les étudiantes de secondaire 3, 4 et 5 ont rencontré des ambassadeurs du réseau dans les domaines suivants : nutrition, laboratoire médical, inhalothérapie, réadaptation physique, physiothérapie, ergothérapie, éducation spécialisée, psychoéducation, travail social, soins infirmiers et soins d'assistance.

Le projet *Jeunes Explorateurs d'un jour* a eu lieu le 18 avril 2013 dans quatre établissements de santé et services sociaux de la région. Vingt-deux élèves de secondaire 4 et 5 ainsi que du collégial ont réalisé un stage d'un jour dans les domaines suivants : pharmacie, électrophysiologie médicale, soins infirmiers, réadaptation physique, ergothérapie, éducation spécialisée, psychoéducation, travail social, psychologie et gestion.

Une tournée des classes a été réalisée au Centre de formation professionnelle de Lennoxville le 28 octobre 2013. Une représentante du réseau pour le volet ressources humaines ainsi que deux ambassadeurs en soins infirmiers et soins d'assistance ont rencontré les élèves pour leur faire connaître le réseau estrien et partager leur expérience professionnelle.

> OBJECTIF

Développer une stratégie pour faire connaître le réseau estrien avec d'autres partenaires, notamment en utilisant les médias sociaux.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Pourcentage d'atteinte des activités reliées au plan de communication.	100 %	Réalisé	100 %
2	Participation à des salons pour l'attraction de la main-d'œuvre.	Les deux salons programmés réalisés.	Organiser le Salon des finissants et le Salon des emplois d'été et participer à un troisième salon hors Estrie.	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le plan de communication a été réalisé comme prévu. La promotion de notre site web *L'Estrie t'applaudit* s'est poursuivie.

INDICATEUR 2

Le *Salon des employeurs en santé et services sociaux* a eu lieu le 6 novembre 2013 au Grand Times Hôtel de Sherbrooke. Les finissants et les finissantes de quatorze programmes d'études ciblés (niveaux professionnel, collégial et universitaire) ont rencontré les employeurs du réseau dans l'objectif d'obtenir un emploi à la fin de leur programme d'études.

Le *Salon des emplois d'été en santé et services sociaux* a eu lieu le 3 février 2014 à l'Agence. Les étudiants et les étudiantes de quatorze programmes d'études ciblés (niveaux professionnel, collégial et universitaire) ont rencontré les employeurs du réseau dans l'objectif d'obtenir un emploi d'été durant leurs études.

Le *Salon Emplois en santé et services sociaux* a eu lieu les 15 et 16 avril 2014 au Palais des Congrès de Montréal. L'Agence ainsi que trois établissements du réseau ont participé à ce salon de l'emploi.

> OBJECTIF

Diversifier le bassin de main-d'œuvre potentielle.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de programmes implantés (clientèle immigrante, personnes handicapées).	Non réalisé.	Aucun	Non réalisé.

COMMENTAIRES

Compte tenu des nouvelles priorités proposées par le MSSS pour le déploiement de projets en organisation du travail, il a été convenu de reporter cet objectif et de réévaluer sa pertinence concernant les actions à entreprendre dans le nouveau plan stratégique 2015-2020.

> OBJECTIF

Définir des stratégies de recrutement régional.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de nouvelles stratégies de recrutement mises en place.	Non réalisé.	Poursuivre le projet Humagine si reprise des opérations et créer un espace virtuel pour recevoir des candidatures spontanées sur le site *L'Estrie t'applaudit*.	Poursuite du projet : non réalisée. Création d'un espace virtuel : réalisée.

COMMENTAIRES

La société Humagine a cessé définitivement ses activités.

L'espace virtuel pour recevoir des candidatures spontanées a été créé sur le site *L'Estrie t'applaudit*. Dorénavant, une personne peut envoyer son curriculum vitae à l'établissement de son choix même s'il n'y a aucun emploi affiché à cet établissement.

> OBJECTIF

Soutenir la préparation à l'emploi.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Établir le nombre d'étudiantes et d'étudiants embauchés l'été.	Réalisé	Déterminer le nombre d'étudiantes et d'étudiants embauchés en 2013 (année de référence).	Réalisé
2	Nombre de stagiaires reçus en établissement.	Réalisé	Déterminer le nombre de stagiaires reçus en 2013 (année de référence).	Non réalisé.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le site web *L'Estrie t'applaudit* a été bonifié afin de devenir le guichet unique pour le *Placement été régional*. Au total, 159 étudiantes et étudiants ont obtenu un emploi d'été dans le réseau.

INDICATEUR 2

Le programme HSPnet qui doit nous permettre de déterminer le nombre de stagiaires reçus ne nous le permet pas encore. Une mise à jour devait corriger le problème, mais un changement de gestionnaire du système a retardé la mise à niveau.

Depuis quelques années, la structure de pérennité du Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et services sociaux a été modifiée. La Table de concertation éducation-santé et services sociaux a été créée ainsi qu'un comité régional des stages en santé et services sociaux, et qu'un comité opérationnel des stages en santé et services sociaux. Ces deux comités ont comme mandat d'assurer la gestion et le développement de places de stage pour les étudiants et les étudiantes des programmes en services sociaux.

2.2.2 SOUTENIR LES PROCESSUS DE RECRUTEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

> OBJECTIF

Mettre en valeur un processus de recrutement efficace et efficient.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Confirmer à l'Agence que la structure des postes est validée et à jour, tel que prévu au cadre normatif ministériel (GPMO). Confirmation par le biais d'une lettre signée par la direction générale.	93 %	100 % des lettres reçues.	100 %
2	Soutien aux CSSS pour le recrutement des ressources nécessaires pour le développement annoncé en SAPA.	Réalisé	Réalisé	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Les quatorze établissements de la région ont confirmé que leur structure des postes est valide et à jour selon le cadre normatif ministériel (GPMO).

INDICATEUR 2

Cet engagement est réalisé depuis 2012-2013.

> OBJECTIF

Actualiser le plan de main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage des mesures réalisées.	100 %	100 % des actions de l'an 2 du *Plan PMO 2012-2015* réalisées.	100 %

COMMENTAIRES

L'ensemble des actions planifiées par la TRRH pour l'an 2 sont, soit réalisées, soit en cours pour être poursuivies à l'an 3 du plan.

Voici quelques actions réalisées :

- Mise à jour du portrait régional de main-d'œuvre.
- Poursuite du développement du partenariat avec le milieu de l'éducation en Estrie (universités, collèges, centres de formation professionnelle, commissions scolaires, etc.) en vue de combler les besoins de main-d'œuvre actuels et futurs.
- Mise en place périodique du programme d'études mixte *Actualisation professionnelle en soins infirmiers et Intégration à la profession d'infirmière au Québec*.

2.2.3 ACCROÎTRE LE TAUX DE RÉTENTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE DANS L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

> OBJECTIF

Soutenir les établissements quant aux pratiques favorisant la rétention de la main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de processus d'accueil et d'intégration en vigueur.	En cours.	Développer un programme type d'accueil et d'intégration avec l'ensemble des établissements.	Non réalisé.

COMMENTAIRES

Cet engagement n'a pas été priorisé par la TRRH pour l'année 2013-2014.

Cependant, dans le cadre d'un projet d'organisation du travail concernant les PAB, les établissements ont élaboré un programme d'accueil et d'intégration afin d'améliorer le taux de rétention de ce titre d'emploi.

> OBJECTIF

Mettre en commun et développer des outils pour travailler à l'organisation du travail et partager les pratiques porteuses.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de projets de réorganisation du travail réalisé.	Réalisé	7/7	7/7

COMMENTAIRES

Les projets d'organisation du travail en CHSLD (OT-CHSLD) des sept CSSS ont été finalisés comme prévu dans l'année 2011-2012.

Par ailleurs, onze projets paritaires d'organisation du travail découlant des conventions collectives sont actuellement en cours. Parmi ceux-ci, nous comptons deux projets régionaux, un projet multi-établissement et huit projets locaux.

> OBJECTIF

Favoriser le développement en réseau de la transformation de l'organisation du travail.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de projets en transformation de l'organisation du travail (TOT) réalisés.	2	Réalisé	Réalisé

COMMENTAIRES

Les deux projets TOT prévus ont été finalisés en 2012-2013.

Le premier projet interétablissements entre le CRE et le CRDITED de l'Estrie a été réalisé avec succès. Le CRDITED de l'Estrie a pu intégrer les concepts du projet Apollo à ses processus. Les deux établissements ont réalisé le plan d'action convenu avec l'Agence.

Le second avait comme objectif l'amélioration des conditions d'exercice des cadres des CSSS du Granit et de Memphrémagog. Ils ont été réalisés avec succès selon les échéanciers prévus. Dans le premier cas, le projet s'échelonnait sur une période de six mois se terminant en décembre 2012 et il avait comme objectif l'allègement des cadres médico-administratifs pour le personnel d'encadrement. Pour le second, il y avait tout d'abord une phase qui consistait à l'amélioration du processus de gestion des horaires de travail et une deuxième phase sur le processus de production des horaires de travail.

> OBJECTIF

Travailler à l'organisation optimale du travail du personnel infirmier et des autres titres d'emploi en pénurie, notamment par des pratiques novatrices.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.	100 % (13/13) *Note : Incluant l'Agence*	100 % (13/13) *Note : Incluant l'Agence*	100 % (13/13) *Note : Incluant l'Agence*
2	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat.	87,5 % (7/8)	Sensibiliser les établissements à utiliser à temps les sommes réservées pour le Programme de soutien clinique-Volet préceptorat.	100 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'ensemble des établissements avait réalisé au moins un projet de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail en 2013-2014.

INDICATEUR 2

Les établissements ont mis en place des mesures dans le cadre du *Programme de soutien clinique – Volet préceptorat*.

Des représentations ont été faites auprès du MSSS afin de faire part de certaines contraintes, et ce, dans l'objectif d'assouplir les modalités de ce programme.

> OBJECTIF

Réduire de 10 % le temps travaillé en heures supplémentaires, de 25 % le recours en heures travaillées en soins infirmiers par de la main-d'œuvre indépendante (MOI) et de 7,1 % le ratio des heures en assurance salaire.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier.	P 12 = 30 %	100 %	P 12 = 35 %

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
2	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières, les infirmiers et par l'ensemble du personnel du réseau.	P 12 = 5,55 % (inf) P 12 = 3,26 % (réseau)	< 4,38 % (inf.) < 2,52 % (réseau)	P 12 = 5,34 % (inf) P 12 = 3,09 % (réseau)
3	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier.	P 12 = 77,5 %	100 %	P 12 = 75 %
4	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers.	P 12 = 0,17 % (inf) P 12 = 0,17 % (inf. aux.) P 12 = 0,06 % (PAB) P 12 = 0,00 % (inhalo)	< 0,35 % (inf.) < 0,17 % (inf aux.) < 0,01 % (PAB) 0,00 % (inhalo.)	P 12 = 0,19 % (inf) P 12 = 0,24 % (inf. aux.) P 12 = 0,06 % (PAB) P 12 = 0,00 % (inhalo)
5	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	P 12 = 5,59 %	< 5,06 %	P 12 = 5,87 %

Données au 8 mars 2014.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Au 8 mars 2014, quatre établissements sur dix ont atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier. Dans le contexte, c'est une amélioration par rapport aux résultats obtenus en 2012-2013. Cependant, on est encore loin de la cible demandée. Encore cette année, la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers exerce une pression importante sur les établissements ayant la responsabilité de répondre aux besoins de leurs usagers et de leurs usagères. Le temps supplémentaire fait partie des solutions à court terme pour contrer cette pénurie. Dans ce contexte, il est difficile de réduire le temps supplémentaire.

INDICATEUR 2

Une amélioration est notée quant aux résultats atteints tant pour le personnel infirmier que pour le personnel du réseau. Par ailleurs, la région se situe au dixième rang pour le personnel infirmier et au septième rang en ce qui concerne le personnel du réseau sur un total de quinze régions.

INDICATEUR 3

Au 8 mars 2014, sept établissements sur dix ont atteint leur cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier. Notons que la région de l'Estrie est l'une des régions ayant le moins recours à la MOI à travers le Québec.

INDICATEUR 4

Cinquante-deux pour cent des heures en MOI pour le personnel infirmier sont réalisées par deux établissements privés conventionnés de la région. Malgré ce fait, la région obtient un troisième rang sur quinze régions. Soixante-trois pour cent des heures en MOI pour les infirmières et infirmiers auxiliaires sont réalisées par deux établissements privés conventionnés de la région. L'Estrie se positionne au sixième rang sur quinze régions. L'établissement privé conventionné qui avait contribué le plus en 2012-2013 en termes d'heures en MOI s'est grandement amélioré en 2013-2014. Deux CSSS ont toutefois eu davantage recours à la MOI pour des PAB. Ainsi, la région s'est maintenue au quatrième rang de quinze régions.

Le contexte des établissements privés conventionnés de la région rend difficile le recrutement du personnel dans certains domaines. Ces établissements se retrouvent en compétition d'attraction avec les établissements de notre réseau ayant une offre beaucoup plus attrayante que ceux-ci. Malheureusement, le recours à la MOI devient un recours non souhaité, mais nécessaire pour offrir le service requis à leurs usagers et leurs usagères.

INDICATEUR 5

La région n'a pas atteint sa cible. Le manque de main-d'œuvre exerce une pression sur les employés et les employées au travail, le grand nombre d'heures supplémentaires augmente la fatigue physique et mentale du personnel, le vieillissement de la main-d'œuvre augmente également les risques de maladies et la clientèle s'alourdit rendant ainsi plus difficile le travail quotidien. Ce sont des facteurs expliquant le résultat de la région.

Au cours de l'année 2013-2014, la communauté de pratique qui a été mise en place l'an dernier afin d'améliorer les résultats régionaux, a poursuivi l'analyse des enjeux liés aux absences en assurance salaire. Malgré tout, la région a un des plus bas taux d'assurance salaire à travers le Québec, se situant au troisième rang sur seize.

2.2.4 POSITIONNER LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES AUPRÈS DES EMPLOYEURS, DES EMPLOYÉS ET DES EMPLOYÉES DU SECTEUR, COMME SOURCE PRIVILÉGIÉE DE MOTIVATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS

> OBJECTIF

Soutenir la mise en place de nouvelles pratiques et les activités en lien avec la planification de la main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage des agents multiplicateurs formés par CSSS (sept) (équipes de soins en OT-CHSLD et gestionnaires (étape J)).	100 %	100 %	100 %

COMMENTAIRE

Cette activité de formation fût réalisée en 2012-2013.

> OBJECTIF

S'assurer de la qualité des services de développement des compétences en termes de transfert des acquis et d'atteinte des objectifs visés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre d'activités utilisant une formule renouvelée incluant les meilleures pratiques dans la programmation annuelle réseau (nouvelles stratégies, technologies et modes d'apprentissages).	Non réalisé.	Rendre opérationnel le système de suivi.	Non réalisé.
2	Pourcentage des personnes formées satisfaites.	95 %	Plus de 90 %.	96,9 %
3	Pourcentage de l'atteinte des objectifs de formation.	94,6 %	Plus de 90 %.	95,6 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Il a été décidé de reporter cet engagement, car un cadre de référence régional intitulé *De la gestion des compétences vers une gestion optimale de la formation pour un transfert des apprentissages réussi* doit être développé en préalable. La pertinence de cet engagement sera réévaluée dans le contexte du nouveau plan stratégique 2015-2020.

INDICATEURS 2 ET 3

Des évaluations formelles des formations sont faites systématiquement et des actions sont prises si le taux de satisfaction est inférieur à 90 %. Pour l'année 2013-2014, le résultat est atteint et supérieur à l'engagement visé.

> OBJECTIF

Mettre en œuvre un processus structuré et convenu pour la planification, la priorisation et la coordination des activités de développement des compétences réseau.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre de plans régionaux de formation (PRF) adopté par les comités directeurs régionaux.	4	5	5
2	Nombre d'activités de formation liées aux nouvelles approches et aux nouvelles pratiques dans les PRF.	Non réalisé.	Rendre opérationnel le système de suivi.	Non réalisé.
3	Nombre de plans de développement des ressources humaines (PDRH) pour les organismes communautaires tenant compte des nouvelles réalités du réseau et adopté par les instances décisionnelles.	Reporté en 2013-2014.	Un PDRH adopté.	Un PDRH adopté.
4	Bilan de mise en œuvre incluant un volet sur la coordination du processus implanté avec celui du cadre de gestion régional déposé.	Non réalisé.	Réviser le processus d'organisation des activités de formation.	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

À ce jour, cinq PRF ont été adoptés par les comités directeurs concernés, soit dans les programmes suivants : 1) DI-TED, 2) DP, 3) JED, 4) SAPA, 5) SM. Dans ce contexte, l'engagement 2013-2014 est atteint. Le PRF en cours pour l'engagement 2014-2015 est le PRF-Dépendances.

INDICATEUR 2

Il a été décidé de reporter cette action, car un cadre de référence régional intitulé *De la gestion des compétences vers une gestion optimale de la formation pour un transfert des apprentissages réussi* doit être développé en préalable. Une réévaluation de la pertinence de cette action sera faite concernant les actions à entreprendre dans le nouveau plan stratégique 2015-2020.

INDICATEUR 3

Les membres du Comité régional de développement des ressources humaines des organismes communautaires ont recommandé l'adoption de la mise à jour du *Plan régional de développement des ressources humaines des organismes communautaires* (PRDRH-OC) le 26 mars 2014.

INDICATEUR 4

Le processus a été révisé et de nouveaux outils facilitant le travail du personnel professionnel de l'Agence ont été développés afin d'augmenter son efficacité et la qualité des informations fournies.

2.2.5 BONIFIER LA PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES EN FONCTION DES BESOINS SPÉCIFIQUES DES ÉTABLISSEMENTS

> OBJECTIF

Adapter les activités en développement des compétences en fonction des besoins du secteur de la santé et des services sociaux, de la région des établissements.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre de nouvelles cohortes mises en place (microprogrammes).	1 0 1	3 cohortes : - Lean (Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)) - Premier cycle (Université Laval) - Deuxième cycle (Université Laval)	1 1 0

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
2	Nombre de nouveaux cadres et relèves inscrits (microprogrammes).	UQTR : 19	1 cohorte de 25 personnes Lean (UQTR)	22
		ULAVAL premier cycle : s. o.	25 personnes au premier (Université Laval)	25
		ULAVAL deuxième cycle : 28	25 personnes au deuxième cycle (Université Laval)	0
3	Nombre d'activités de formation diffusées pour le développement du personnel d'encadrement.	Réalisé	1 activité le 7 novembre 2013.	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

En Estrie, deux cohortes ont été mises en place soit :

- UQTR-LEAN, programme court de deuxième cycle en gestion de la performance appliquée au système de la santé et des services sociaux (départ de la cohorte III- septembre 2013).
- Université Laval, programme de premier cycle en gestion des organisations (départ du groupe automne 2013).

Note : Par manque d'inscriptions, aucune cohorte dans le cadre du programme de deuxième cycle en développement des organisations (Université Laval) n'a été démarrée.

INDICATEUR 2

- UQTR-LEAN : Ce programme court offre une formation spécialisée de deuxième cycle en génie industriel à des gestionnaires en exercice acquérant des connaissances et des compétences leur permettant d'appliquer la méthodologie LEAN dans leur milieu de travail. De plus, un séminaire s'est tenu le 7 juin 2013 au Club de golf de Sherbrooke où près de 85 cadres du réseau ont pu apprécier quinze projets LEAN effectués dans les établissements estriens.
- Université Laval, programme de premier cycle : Ce programme comporte deux cheminements :
  1. Microprogramme de premier cycle (18 crédits);
  2. Certificat de premier cycle (18 + 12 = 30 crédits).

Répartition des 25 personnes inscrites au premier cycle : dix-neuf relèves, cinq cadres et une personne d'une autre région.

INDICATEUR 3

Dans le cadre des rendez-vous du personnel d'encadrement, une activité régionale de formation a été tenue le 13 novembre 2013 et avait comme thématique, en première partie, *Retour sur cinq années de succès!* en présence de M[me] Johanne Turgeon, PDG de l'Agence. En deuxième partie, *Comment passer d'un projet LEAN à une culture LEAN!* en présence de M. Denis Lagacé, ing., MBA., Ph.D., Professeur titulaire à la Chaire IRISS du Département de génie industriel à l'UQTR. Également présente, la Firme d'animation Grisvert. Cent soixante-dix personnes ont assisté à cette activité (parties 1 et 2). En troisième partie du rendez-vous des cadres et avec la collaboration de l'Université Laval, 100 personnes ont été diplômées, dont 68 personnes étaient présentes à l'événement.

2.2.6 DÉVELOPPER UNE IMAGE DE MARQUE ET D'EMPLOYEURS DE CHOIX DANS NOTRE RÉGION AUX YEUX DES CANDIDATS ET DES CANDIDATES, AINSI QUE DU PERSONNEL

> OBJECTIF

Promouvoir le réseau estrien et son offre de services de santé et de services sociaux.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Plan régional de promotion de la région mis en place.	Réalisé	Participation à la campagne régionale *Coup de cœur Estrie.com*.	Réalisé

COMMENTAIRES

Le réseau a participé activement à la campagne régionale *Coup de cœur Estrie* en étant un partenaire privilégié pour le développement de la campagne. Les membres de la TRRH se sont assurés que leur établissement soit bien présent comme employeur sur le site. L'objectif est d'avoir une plus grande visibilité des offres d'emploi des établissements en santé et services sociaux de l'Estrie pour les chercheurs d'emploi.

> OBJECTIF

Développer un partenariat avec l'ensemble du milieu de l'éducation en Estrie (universités, collèges, centre de formation professionnelle, commissions scolaires, etc.) pour faire place à l'ensemble de nos besoins de main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Structure de concertation et de gouverne en place.	Réalisé	Poursuite de la concertation mise en place.	Réalisé

COMMENTAIRES

La structure régionale de concertation et de gouverne est bien établie et le partenariat avec le milieu de l'éducation s'est poursuivi cette année. La Table de concertation éducation-santé et services sociaux a tenu trois rencontres en cours d'année. Ce comité a pour mandat principal de définir les orientations régionales conformément à la PMO du réseau de la santé et des services sociaux et la capacité d'accueil des établissements d'enseignement et de proposer un modèle régional de gestion des stages.

Des projets avec l'Université de Sherbrooke, le Cégep de Sherbrooke et les centres de formation professionnelle de la région en découlent :

- Des programmes pour faciliter l'intégration des personnes immigrantes dans nos établissements sont en cours avec nos partenaires.
- Un partenariat continu est réalisé afin d'optimiser le nombre de places de stage disponibles pour les étudiantes et les étudiants de l'Estrie.
- Des programmes d'actualisation sont proposés annuellement aux infirmières et aux infirmiers, aux infirmières et infirmiers auxiliaires et aux inhalothérapeutes dont leur droit de pratique est prescrit selon leur ordre professionnel.
- Des rencontres entre des ambassadeurs et des étudiantes et étudiants ont eu lieu dans deux écoles de l'Estrie.

> OBJECTIF

Soutenir la mise en œuvre des programmes pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail.	17 % (2/12) *(corrigé le 23 mai 2014)*	33 % (4/12) *Engagement modifié lors de la reddition de compte*	25 % (3/12)

COMMENTAIRES

En 2012-2013, une modification s'est avérée nécessaire concernant un établissement. En ce sens, celui-ci avait été jugé comme accrédité par le Réseau Planetree Québec (RPQ) alors que celui-ci était en fait affilié. Par conséquent, nous aurions dû voir comme résultat, en 2012-2013, 17 % (2/12) soit un établissement accrédité par le RPQ et un autre par Entreprise en santé.

En 2013-2014, un nouvel établissement a été accrédité par le RPQ portant le nombre à trois. Au 31 mars 2014, six des douze établissements publics de la région sont membres du RPQ et poursuivent leurs démarches vers la reconnaissance. Mentionnons que l'Agence de l'Estrie est devenue la première agence au Québec à se joindre au RPQ et a amorcé sa démarche d'implantation d'un modèle de gestion centré sur la personne.

2.2.7 MOBILISER L'ENSEMBLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUTOUR DU RÉSEAU ESTRIEN ET DES ENJEUX DE LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

> OBJECTIF

Renforcer l'implantation du secteur de la santé et des services sociaux pour faire face aux enjeux de planification de la main-d'œuvre.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Pourcentage des établissements (incluant l'Agence) ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre.	73 %	100 %	73 % (11/15)
2	Réalisé annuellement un portrait régional de main-d'œuvre.	Réalisé	Publier le portrait régional de main-d'œuvre.	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'Agence s'assurera du respect des directives ministérielles auprès des établissements concernés.

INDICATEUR 2

Le *Portrait régional de main-d'œuvre 2012-2013* (édition 2013) a été réalisé et publié sur le site Internet de l'Agence.

> OBJECTIF

Travailler en amont et en aval avec les maisons d'enseignement afin de créer un continuum de développement des compétences.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage de participation aux activités mises de l'avant par la Table estrienne de concertation formation emploi (TECFE).	s. o.	100 %	s. o.

COMMENTAIRES

La TECFE est coordonnée par le réseau de l'éducation. Nous n'avons pas été sollicités à participer à des activités.

2.3 ENJEU 3

LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE PROMOTION, DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION PRÉVUES DANS LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007 ET DE SA MISE À JOUR 2010

La Direction de santé publique (DSP) de l'Estrie contribue à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ainsi qu'à la réduction des inégalités sociales reliées à la santé. De concert avec l'adhésion de tous les acteurs-clés de tous les secteurs, nous avons la conviction qu'ensemble, nous pouvons faire une différence en faveur de la promotion, de la prévention et de la protection de la santé auprès de la population de la région de l'Estrie. Tant le soutien, l'accompagnement, la formation, la mobilisation, la communication, la recherche que l'enseignement sont essentiels pour agir sur les déterminants de la santé ainsi que sur les inégalités sociales de santé.

Cette année, la DSP de l'Estrie a complété sa planification stratégique basée sur le cycle de la vie, de la conception jusqu'à la fin de la vie. Celle-ci se décline en quatorze objets de travail. Au-delà de l'atteinte de l'implantation des actions prévues dans le *Plan national de santé publique* (PNSP), plusieurs actions sont réalisées pour structurer l'ensemble de nos actions en débutant par la surveillance de l'état de santé de la population jusqu'à l'évaluation de nos actions.

Dans le secteur de la protection, l'année 2013-2014 a été marquée par plusieurs événements marquants impliquant des menaces possibles à la santé de la population de l'Estrie pour lesquelles l'équipe du Service de protection de la santé publique a joué un rôle majeur. De façon simultanée, mentionnons la tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic et la gestion de situations de moisissures dans des écoles de la région, deux situations qui ont exigé une analyse et une gestion des risques impliquant notamment une évacuation ou une relocalisation de la population concernée.

De plus, en 2013-2014, c'est 1606 cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) de nature infectieuse qui ont été déclarés à l'équipe de protection et 61 nouveaux épisodes de MADO de nature chimique d'origine environnementale (28) ou professionnelle (33). Plusieurs de ces déclarations nécessitent de mener une enquête et des interventions tant préventives que de protection de la santé de la population.

Dans le secteur de la prévention, la consolidation de la concertation avec nos multiples partenaires sectoriels et intersectoriels s'est poursuivie pour diverses thématiques.

En matière de saines habitudes de vie, le Comité régional en saines habitudes de vie poursuit, par un engagement collectif et un leadership partagé, les actions en faveur de gains durables pour un mode de vie physiquement actif et d'une saine alimentation. D'ailleurs, un site Internet *Bouge en Estrie* aide les jeunes et leur famille à planifier leur rendez-vous actifs.

Pour les tout-petits, une instance régionale de concertation s'assure de maximiser les services offerts aux enfants et à leur famille.

La collaboration à un projet de recherche novateur en prévention et en gestion des maladies cardio-métaboliques en Estrie permet d'intégrer et d'optimiser davantage la prévention en milieu clinique.

Enfin, dans le cadre du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS), un suivi psychosocial a été créé pour les femmes en attente d'un diagnostic ainsi qu'un guichet d'accès au CSSS-IUGS pour la clientèle sans médecin de famille pour le territoire de Sherbrooke.

Mélissa Généreux

Dre Mélissa Généreux
Directrice de santé publique
et de l'évaluation

2.3.1 ACCENTUER LES MESURES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE ET DE PRÉVENTION PRIMAIRE DES MALADIES DANS TOUS LES DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

> OBJECTIF

Prévenir les problèmes liés au développement et à l'adaptation sociale à tout âge par les actions efficaces suivantes : les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, l'*Initiative des amis des bébés* (IAB), l'approche *École en santé*, le programme *Fluppy*, le soutien à la santé sexuelle des jeunes, la détection des problèmes de dépendance et de risque suicidaire.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Pourcentage moyen d'implantation des activités du PNSP.	89,9 %	85 %	88,3 %
2	Services intégrés en périnatalité pour la petite enfance (SIPPE) : Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivi dans les SIPPE.	87,1 %	92 %	62,9 %
3	SIPPE : Proportion de femmes enceintes rejointes par le Programme intégré 0-5 ans.	94,1 %	75 %	92,7 %
4	SIPPE : Proportion d'enfants rejoints par le Programme intégré 0-5 ans.	118,3 %	75 %	113,1 %
5	Nombre moyen de visites à domicile par semaine – En prénatal. *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014.*	0,45	0,5	0,44
6	Nombre moyen de visites à domicile par semaine – 0 à 6 semaines. *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014.*	0,94	1,0	0,98

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
7	Nombre moyen de visites à domicile par semaine - 7 semaines à 12 mois. *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014.*	0,34	0,5	0,34
8	Nombre moyen de visites à domicile par semaine - 13 à 60 mois. *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014.*	0,29	0,25	0,28
9	IAB : Confirmer à l'Agence le dépôt d'une demande de préévaluation IAB auprès du Comité d'agrément IAB du MSSS.	7/8	8/8	7/8
10	IAB : Confirmer à l'Agence le dépôt d'une demande d'évaluation IAB auprès du Comité d'agrément IAB du MSSS.	5/8	8/8	6/8
11	*École en santé* : Proportion d'écoles qui implantent l'approche *École en santé*.	67,6 %	Suivi	60,9 %
12	*Fluppy* : Proportion de classes de maternelle ciblées appliquant le programme de développement des habiletés sociales *Fluppy*.	84/85	85/85	84/85 À venir le 26 juillet 2014.
13	*Fluppy* : Nombre total d'enfants inscrits dans les classes de maternelle qui appliquent le programme *Fluppy*.	1182	Suivi	À venir le 26 juillet 2014.
14	*Fluppy* : Nombre annuel moyen d'ateliers *Fluppy* réalisés par classe de maternelle.	12,8	12 à 15	9,9 À venir le 26 juillet 2014.

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
15	*Fluppy* : Nombre d'enfants participant au programme *Fluppy* en classe et bénéficiant du suivi intensif.	128	170	113*
16	*Fluppy* : Nombre annuel moyen de visites par enfant bénéficiant d'un suivi intensif dans le cadre du programme *Fluppy*.	8,5	12 à 15	6,7*
17	*Fluppy* : Proportion d'enfants bénéficiant du suivi intensif dans le cadre du programme *Fluppy* pour lesquels un plan d'intervention a été présenté.	58,6 %	100 %	51,3 %*
18	Nombre d'enfants en attente pour un service d'orthophonie en CSSS.	487	Diminution	462
19	Délai moyen d'attente (en jours) pour les services d'orthophonie en première ligne offerts en CSSS.	139,6	Diminution	133,3

** Donnée à venir le 26 juillet 2014.*

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le résultat de l'implantation a été maintenu au-delà de l'engagement initial de 85 %.

INDICATEUR 2

Il est à noter que le calcul de ce pourcentage est imparfait, étant donné que les paramètres du numérateur et ceux du dénominateur ne sont pas les mêmes :

- Le numérateur est constitué du nombre de femmes sous le seuil de faible revenu et sans diplôme d'études secondaires ou professionnelles ayant accouché en 2013-2014 et ayant été suivies dans les SIPPE;
- Le dénominateur (établi par le MSSS) est tiré du registre le plus récent des événements démographiques du Québec (fichiers fermés des naissances vivantes et des mortinaissances 2010-2011);
- Il n'est pas possible de considérer le nombre de femmes sous le seuil de faible revenu dans le dénominateur, ce dernier n'étant pas disponible dans les fichiers des naissances vivantes et des mortinaissances et que dans ces fichiers, l'information sur la scolarité est inscrite selon le nombre d'années.

Les données recueillies sur la clientèle rejointe permettent de nuancer ce résultat (indicateurs 3 et 4).

INDICATEURS 3 ET 4

Le nombre de femmes enceintes et d'enfants de 0 à 5 ans rejoints par le Programme intégré 0-5 ans représente 92,7 % et 113,1 %, respectivement, et dépasse ainsi l'engagement 2013-2014.

INDICATEURS 5 À 8

La cible est une augmentation progressive du nombre moyen de visites à domicile par semaine jusqu'à l'atteinte du nombre prescrit dans le cadre de référence des SIPPE. Les données pour l'année 2013-2014 indiquent que l'intensité des rencontres à domicile auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille se maintient dans la région.

INDICATEURS 9 ET 10

L'implantation du programme IAB progresse. Les CSSS des Sources et du Val-Saint-François sont certifiés *Amis des bébés*. Les CSSS de Memphrémagog et de la MRC-de-Coaticook ont réussi leur certification et sont en attente de la lettre officielle du ministre de la Santé et des Services sociaux.

L'objectif est que tous les CSSS et le CHUS obtiennent la certification *Amis des bébés*. Pour ce faire, ils doivent satisfaire aux critères de l'IAB et passer avec succès le processus d'évaluation externe, d'abord la préévaluation et ensuite l'évaluation.

En 2013-2014, un septième CSSS a déposé sa demande de préévaluation auprès du Comité d'agrément IAB, ce qui signifie que tous les CSSS ont franchi l'étape de la préévaluation. Un CSSS a déposé sa demande d'évaluation auprès du Comité d'agrément IAB, ce qui porte à six le nombre de CSSS ayant déposé cette demande, dont ceux certifiés ou en voie de l'être. De plus, le CHUS a adopté une politique d'allaitement.

En 2013-2014, l'accent a été mis sur l'harmonisation des rencontres prénatales sur l'accueil du bébé et l'allaitement, pour toutes les MRC.

INDICATEUR 11

L'implantation se poursuit, mais on remarque que la proportion d'écoles implantant l'approche *École en santé* a diminué. Il faudrait réfléchir avec les CSSS à une stratégie pour susciter de nouvelles participations.

INDICATEUR 12

Le programme *Fluppy* a été développé en 1990 par le Centre de Psycho-Éducation du Québec à la suite d'une recherche menée par Richard E. Tremblay (1984) sur le développement des comportements agressifs, ayant permis de mettre en lumière les trajectoires de l'agressivité et l'impact d'une intervention précoce.

Clientèle cible : Les enfants des classes de maternelle ciblées, leurs parents et leurs enseignants et enseignantes, principalement en milieu défavorisé.

Objectifs spécifiques : Développer les habiletés sociales des enfants et les pratiques éducatives des parents.

Finalités poursuivies : Modifier la trajectoire développementale des enfants des classes de maternelle présentant des manifestations d'agressivité et de turbulence. Réduire les troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance. Réduire le décrochage scolaire.

Concernant spécifiquement cet indicateur, la cible est atteinte à 98,8 % (84/85 classes rejointes).

INDICATEUR 13

Cet indicateur mesure la clientèle de maternelle rejointe par ce programme. Lorsqu'on le compare à la population globale d'enfants de la maternelle, cet indicateur démontre ainsi la pénétration du programme dans les classes de maternelle de l'Estrie. Il n'y a pas d'objectif relié à cet indicateur. Il est présent seulement à titre de suivi.

INDICATEUR 14

Cet indicateur mesure l'intensité de la composante « enfant » du programme. On s'attend à ce que douze à quinze ateliers soient réalisés entre la mi-octobre et le mois de mai de l'année scolaire en cours. La fréquence attendue est aux deux semaines. Comparativement à la même période l'an passé, il est observé que le nombre moyen d'ateliers est en diminution et la cible n'est pas atteinte.

INDICATEUR 15

La cible pour cet indicateur n'est pas atteinte. Il est à noter par contre que pour le territoire du Haut-Saint-François, la cible est déjà atteinte. Diverses raisons peuvent expliquer la situation; il est possible que la famille de l'enfant ciblé refuse le suivi intensif. Aussi, en milieu rural, et compte tenu du fait que les classes de maternelle sont moins nombreuses, il est plausible qu'il n'y ait qu'un seul enfant par classe qui puisse être ciblé.

INDICATEUR 16

Cet indicateur vérifie l'intensité de l'application de la composante « familiale » du programme. Pour maintenir l'efficacité du programme, on s'attend à ce que douze à quinze visites soient réalisées entre le mois de novembre et le mois de juin. La fréquence attendue est aux deux semaines. Les données disponibles indiquent que pour une majorité de territoires, le nombre d'ateliers attendus sera atteint d'ici à la fin de l'année scolaire. Les obstacles au suivi familial comprennent la possibilité que la famille de l'enfant ciblé abandonne le suivi en cours d'intervention ou que l'intervention se termine plus tôt que prévu pour des raisons spécifiques, ce qui peut diminuer la fréquence d'intervention.

INDICATEUR 17

Cet indicateur permet de vérifier si l'enfant fait l'objet d'un suivi structuré et planifié par le biais d'un plan d'intervention. Ce plan d'intervention permet de structurer les interventions et de les situer à l'intérieur d'un processus planifié plus global. On s'attend à ce que chaque enfant bénéficiant d'un suivi intensif ait un plan d'intervention. Cette année, comparativement à la même période l'an passé, un nombre plus élevé de territoires rapportent avoir présenté un plan d'intervention. La donnée régionale est toutefois similaire à celle de l'an passé. Il est à noter que pour l'année scolaire 2013-2014, les deux journées de supervision ont probablement contribué à rehausser l'importance de la présence d'un plan d'intervention.

INDICATEURS 18 ET 19

Un sous-comité de travail a été mis en place pour revoir l'entente MELS-MSSS et plus précisément, la trajectoire des services en orthophonie selon les rôles et les responsabilités de chaque établissement. L'un des constats indique que certaines clientèles ne sont pas couvertes par le protocole d'entente actuel (nouvelles clientèles, clientèles orphelines, autres).

L'objectif est d'améliorer les arrimages entre la première et la deuxième ligne, entre la deuxième ligne et le scolaire ainsi que d'intégrer toutes les clientèles dans une trajectoire de service régionale en orthophonie.

Ce dossier est porté par le Comité directeur du programme Déficience physique.

> OBJECTIF

Augmenter la proportion de la population qui a de saines habitudes de vie par l'implantation et la consolidation de la programmation intégrée 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, comportant des actions environnementales et éducatives.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Confirmer à l'Agence une à deux actions mises en place en lien avec les priorités d'action identifiées en 2011-2012.	7/7	Actions déposées.	Réalisé en 2012-2013.
2	Identifier au moins deux actions pour soutenir les comités locaux dans la réalisation d'activités pour favoriser les saines habitudes de vie auprès de leur clientèle (Regroupements locaux de partenaires, comités locaux en prévention jeunesse, maisons des jeunes, autres).	7/7	7/7	Indicateur sera reconduit en 2014-2015.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION vise la réalisation d'interventions et d'activités axées sur deux approches en regard de facteurs individuels et de facteurs environnementaux intégrant trois habitudes de vie (tabac, alimentation, activité physique) autour d'un message unifié, soutenues par différentes stratégies dont les campagnes de communication sociétales. Les CSSS ont réitéré l'importance d'agir avec des stratégies multifacettaires, mais d'une façon plus intégrée. Ils poursuivent leur travail autour d'un cadre logique pour davantage témoigner et communiquer leurs actions dans ce programme. L'échéancier pour la rédaction de leur cadre logique est prévu à fin 2014 ou au début 2015.

Les travaux du Comité directeur du programme Santé publique ont permis de cibler les objets de collaboration entre la DSP et les CSSS. Il a été décidé de mettre l'accent sur l'amélioration des pratiques par la mise sur pied d'une communauté de pratique et pour le milieu de travail.

INDICATEUR 2

Les CSSS ont aussi réitéré l'importance d'une action intersectorielles pour renforcer les actions sur les saines habitudes de vie. Cette conviction se traduit par une implication plus grande auprès des partenaires de leurs milieux respectifs. Cet indicateur est reporté en 2014-2015.

Les CSSS ont poursuivi leur accompagnement auprès de divers milieux et cinq CSSS sur sept ont atteint la cible d'initier une démarche d'accompagnement pour soutenir des actions environnementales. Cet indicateur est en suivi. Par contre, nous notons une baisse comparativement à l'année dernière, treize démarches initiées en 2013-2014, comparativement à 33 démarches initiées, en 2012-2013.

Pour les milieux de travail, les CSSS ont priorisé le développement d'une offre de service régionale et un groupe de travail a été mis sur pied afin de répondre à cette attente. De plus, deux CSSS ont poursuivi leur accompagnement dans deux milieux de travail selon une démarche environnementale structurée.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence ou retarder l'apparition de certaines maladies chroniques ou certains facteurs de risque : problèmes buccodentaires, maladies cardiovasculaires, diabète, maladie pulmonaires obstructives chroniques, obésité, cancer du sein.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre d'enfants ayant bénéficié d'une application d'agent de scellement dentaire.	1503	1625	1779
2	Taux de participation au PQDCS	2011-2012 [du 1er janvier 2011 au 31 mars 2012] : 64 %	Augmentation	2012-2013 [du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2013] : 63,8 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Les activités de santé dentaire du *Programme national de santé publique 2003-2012*, sa mise à jour 2008 et du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* (PASDP) ont comme objectifs :

- d'augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire.
- de réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.
- de réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les personnes âgées de 18 ans et plus.

Durant l'année financière 2013-2014, en plus des nombreuses activités réalisées (dépistages, références, suivis individualisés, applications de fluorure, séances éducatives), 1779 enfants de 5 à 15 ans ont bénéficié d'une application d'agent de scellement dentaire en milieu scolaire. Comparativement à l'année précédente, le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une application d'agent de scellement a augmenté de 18,4 % passant de 1503 à 1779 enfants.

Voici quelques résultats en lien avec certaines activités réalisées en milieu scolaire (année scolaire 2012-2013; les données de l'année scolaire 2013-2014 seront disponibles en juillet 2014) :

Nombre d'écoles où le programme a été appliqué (109 écoles primaires, 5 écoles secondaires)	114
Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage dentaire	6947
Nombre d'enfants référés aux dentistes pour traitements	578
Nombre d'applications topiques de fluorure en milieu scolaire	2960
Nombre d'activités éducatives individuelles	2962
Nombre de dents scellées en milieu scolaire	6186
Nombre de faces dentaires scellées	9921

Au niveau national, la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) :

- a participé aux travaux nationaux concernant l'élaboration des Critères d'évaluation de la qualité des agents de scellement dentaire en milieu scolaire, l'élaboration et la réalisation d'une formation nationale.
- a collaboré et réalisé des travaux nécessaires à la planification et la réalisation de l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire.

Au niveau régional, la DSPE :

- a soutenu les CSSS, conformément au PAR, dans la réalisation des activités du Plan d'action de santé dentaire publique et plus particulièrement dans le déploiement progressif de l'application des agents de scellement dentaire auprès de certains élèves de niveau secondaire.
- a soutenu et accompagné la Ville de Richmond et le CSSS du Val-Saint-François dans la promotion et le maintien de la fluoration des eaux de consommation de la Ville de Richmond.

INDICATEUR 2

L'évaluation du Centre satellite de dépistage désigné du CHUS au CSSS du Granit, est en cours. Un comité de pilotage et de suivi du projet de démonstration est en place sous la gouverne du CHUS en collaboration avec la DSP de l'Estrie.

Pour ce qui est de la consolidation de la gamme et de la qualité des services, des travaux se poursuivent pour consolider la trajectoire clinique diagnostique, de traitement et de suivi.

Deux projets de notre région font l'objet d'un suivi :

1. La mise en place du service de soutien psychosociale aux femmes en attente de diagnostic dans les CSSS.
2. Un guichet d'accès à un médecin au CSSS-IUGS mis en place à la suite de démission de tous les médecins volontaires de Sherbrooke. La situation des médecins volontaires qui acceptent de faire le suivi des résultats des femmes sans médecin de famille demeure également fragile sur les autres territoires de l'Estrie.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes non intentionnels : usage du réseau routier, conduite de véhicules hors route, traumatismes récréatifs et sportifs, chutes et blessures à domicile.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie rejointe dans le cadre des services de soutien à domicile et ayant bénéficié d'une intervention pour la prévention des chutes.	6,1 %	Suivi	6,8 %

COMMENTAIRES

L'Estrie compte 57 500 personnes de plus de 65 ans. Considérant que chez les personnes aînées, les chutes constituent un événement pouvant déclencher ou amplifier la perte d'autonomie et de mobilité et que 30 % des aînés feront une chute en cours d'année, les programmes de prévention gagneraient à être plus utilisés par les personnes aînées vivant dans la communauté.

En Estrie, deux programmes sont implantés dans les territoires des CSSS. Il s'agit de l'Intervention multifactorielle personnalisée (IMP) se déroulant en CSSS pour la clientèle SAPA. Le Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) est offert aux personnes aînées de la communauté présentant certains facteurs de risque. Pour participer, les personnes de 65 ans et plus doivent satisfaire certains critères. Les deux programmes interviennent sur des facteurs de risque identifiés dans la littérature.

Le programme IMP a rejoint 567 personnes. La majorité des CSSS ont dépassé leur cible. Pour le programme P.I.E.D., ce sont 355 personnes de 65 ans et plus qui ont participé au programme de douze semaines.

À Sherbrooke, un programme intermédiaire a été mis en place en suivi au programme IMP ou pour la clientèle ne se qualifiant pas pour le programme P.I.E.D. Il s'agit d'un programme d'exercices de 36 semaines; 21 personnes participantes ont complété le programme au 31 mars 2014.

Afin de promouvoir le maintien des acquis chez les personnes participantes ayant terminé leur programme P.I.E.D., le programme *Viactive* est identifié comme intervention à implanter dans les milieux pouvant se mobiliser et assurer l'animation. La conseillère *Viactive* offre un soutien au démarrage à ces groupes et une allocation de départ est également disponible.

> OBJECTIF

Réduire la transmission des maladies infectieuses évitables par la vaccination, notamment par l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants de deux ans et moins.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio Hib dans les délais.	National = 85,1 % Régional = 94,8 %	National = 90 % dans les 2 semaines. Régional = 95 % dans les 30 jours.	National = 83,5 % dans les 2 semaines. Régional = 94,2 % dans les 30 jours.
2	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre le ménigocoque de sérogroupe C dans les délais.	National = 64 % Régional = 82,7 %	National = 90 % dans les 2 semaines. Régional = 95 % dans les 30 jours.	National = 64 % dans les 2 semaines. Régional = 81,5 % dans les 30 jours.

COMMENTAIRES

GÉNÉRAL

En 2013-2014, les objectifs à atteindre pour ces deux indicateurs ont été haussés à 90 % au national et à 95 % au régional, respectivement. Cependant, des variations entre les CSSS font que les résultats globaux demeurent comparables à ceux de l'an dernier.

L'amélioration de l'atteinte de ces cibles passe par l'implantation des onze stratégies prévues dans le *Plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans en Estrie*, qui fait actuellement l'objet d'une évaluation formelle par le comité de mise en œuvre réunissant les personnes représentantes des sept CSSS et la DSP.

INDICATEUR 1

Les résultats globaux cette année sont semblables à ceux de l'an dernier, notamment pour l'indicateur régional, variant de 92,5 à 97 % selon le CSSS.

INDICATEUR 2

Aucun CSSS n'atteint ces nouvelles cibles. Cependant, les moyennes en Estrie se maintiennent ou sont en hausse pour six des sept CSSS, notamment pour l'indicateur régional, variant de 75 % à 94 %, selon le CSSS.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence des ITSS.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Développer un plan d'action régional pour lutter contre les ITSS en Estrie.	Plan d'action en cours de développement.	Plan d'action développé et soumis au Comité directeur du programme Santé publique.	Plan d'action en élaboration, étape finale.
2	Nommer une personne répondante locale ITSS et transmettre à l'Agence son nom et ses coordonnées.	Nominations maintenues.	Suivi	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le sous-comité directeur ITSS et santé sexuelle en est à la fin des travaux afin de proposer un plan d'action régional. À la suite de l'identification des problématiques et des besoins, des stratégies ont été élaborées puis priorisées. Le plan d'action est en document de travail, la version finale sera soumise au Comité directeur du programme Santé publique après discussion et approbation en sous-comité au cours de l'automne 2014.

La démarche est très structurée et nécessite l'implication et la concertation des partenaires.

INDICATEUR 2

Actuellement, les personnes répondantes sont les membres du sous-comité ITSS et santé sexuelle.

Le CHUS maintient sa décision de ne pas participer au sous-comité, car le dossier n'est pas priorisé.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité des maladies associées à des facteurs de risque environnementaux. Les priorités sont les problèmes de santé liés aux maladies d'origine hydrique ou à la qualité de l'air intérieur et extérieur, notamment l'exposition au monoxyde de carbone, au radon, à l'herbe à poux, aux rayons ultraviolets et aux événements climatiques extrêmes.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre d'arénas visités dans le cadre du plan d'action régional permettant de prévenir les intoxications chimiques dans les arénas.	21/21 visités au printemps 2012.	Suivi	Démarche complétée en 2013.
2	Développement d'outils et de stratégies de communication du risque en lien avec la chaleur adaptés à la clientèle avec troubles psychotiques.	Outils développés, validés et diffusés auprès de la clientèle ciblée.	Suivi	Réalisé
3	Nombre de municipalités impliquées dans la promotion du dépistage de l'arsenic dans les puits privés.	89/89	Outiller toutes les municipalités de l'Estrie pour promouvoir le dépistage de l'arsenic dans les puits.	Toutes les municipalités ont reçu des outils de sensibilisation. Vingt-six d'entre elles ont utilisé ces outils et mené des actions concrètes.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1:

Le rapport de la campagne de sensibilisation a été envoyé à l'ensemble des gestionnaires d'arénas, à la RBQ à la Commission de la santé et de sécurité du travail (CSST) et à l'Association Québécoise des Arénas et des Installations Récréatives et sportives en décembre 2013.

À la suite de l'installation de détecteurs de monoxyde de carbone (CO) et de dioxyde d'azote (NO2), une visite de suivi a été effectuée dans un aréna en début d'année 2014.

INDICATEUR 2

Les outils développés ont été offerts et distribués, à l'été 2012 et 2013, aux intervenants et aux intervenantes en lien avec la clientèle avec troubles psychotiques. Les outils étaient accompagnés d'une fiche expliquant la stratégie de diffusion préconisée et les messages clés à transmettre.

Ces outils seront à nouveau distribués en 2014. Un suivi sera fait auprès des responsables des programmes pertinents des CSSS pour évaluer l'utilisation des outils.

INDICATEUR 3

Pour faire suite à la diffusion d'outils de sensibilisation auprès de l'ensemble des municipalités au printemps 2013, un sondage a été effectué au printemps 2014 afin de connaître les actions menées à ce jour. Par la même occasion, les municipalités ont à nouveau été sensibilisées à l'importance des analyses de qualité de l'eau des puits individuels. En 2013, 26 municipalités ont utilisé les outils proposés et ont mené des actions concrètes auprès des citoyens et des citoyennes, telles que diffuser de l'information par le biais de leur bulletin municipal ou de leur site web, envoyer des lettres à domicile ou les remettre lors de demande de permis.

> OBJECTIF

Réduire les problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques et aux autres facteurs de risque présents en milieu de travail, notamment l'exposition à la silice, à la fumée de caoutchouc, au bruit et aux contraintes musculosquelettiques.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
	Plusieurs indicateurs se retrouvent dans le *Cahier des charges 2013 du Programme des services de santé au travail*, en fonction des ententes spécifiques conclues entre l'Agence et la CSST régionale.			
1	Nombre d'établissements où l'élaboration d'un programme de santé spécifique à l'établissement a été réalisée.	23	24 *(engagement modifié lors de la reddition de comptes)*	29
2	Nombre d'établissements où une mise à jour du programme de santé spécifique à l'établissement a été réalisée.	24	29 *(engagement modifié lors de la reddition de comptes)*	32

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le dépassement de l'engagement s'explique par deux éléments : l'utilisation d'un programme-type (modèle) pour de très petites entreprises en foresterie et l'utilisation d'un programme déjà existant pour un nouvel établissement d'une même entreprise.

INDICATEUR 2

Le dépassement de l'engagement s'explique par l'utilisation d'un même programme mis à jour pour plus d'un établissement ayant des activités identiques.

> OBJECTIF

Soutenir les milieux de travail dans la prise en charge de la santé et la sécurité des travailleurs.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de milieux de travail ayant eu au moins une intervention de soutien à l'organisation de la santé et sécurité au travail.	63	Augmentation	48

COMMENTAIRES

Ce nombre reflète uniquement le nombre d'établissements différents touchés. La plupart des établissements sont vus à plusieurs reprises pour ce type d'interventions.

2.3.2 UTILISER DES MÉTHODES ET DES STRATÉGIES EFFICACES POUR AGIR DANS LES DIFFÉRENTS DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

> OBJECTIF

Contribuer à améliorer les saines habitudes de vie par des actions individuelles de counseling préventif et de dépistage, et ce, en complémentarité et en cohérence avec d'autres stratégies sur les déterminants de la santé.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre de fumeuses et de fumeurs ayant reçu des services de cessation dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT).	373	264	345
2	Nombre d'interventions de type counseling de longue durée réalisées en habitudes de vie (tabac, alimentation, activité physique).	Tabac : 910 Alimentation : 554 Activité physique : 269	Suivi	Tabac : 749 Alimentation : 261 Activité physique : 172

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Malgré une légère baisse du nombre total de fumeuses et de fumeurs ayant reçu des services dans les CAT, l'engagement annuel est atteint.

La variation est très différente d'un CSSS à l'autre, certains ayant augmenté de beaucoup les services rendus et quelques-uns notant une baisse.

La source des références aux CAT peut en partie nous éclairer. En effet, à Magog par exemple, les inhalothérapeutes réfèrent près de la moitié de la clientèle alors qu'ailleurs, elles peuvent venir des médecins de famille et être peu nombreuses.

Par ailleurs, le roulement du personnel et la formation n'étant actuellement pas disponible, cela peut expliquer une partie de la variation à la baisse pour certains CSSS.

INDICATEUR 2

Nous constatons ici une diminution importante. À la suite d'une vérification auprès du CSSS-IUGS, nous comprenons que certains milieux fonctionnent maintenant surtout en groupe, expliquant ainsi la grande différence d'une année à l'autre puisque les groupes ne sont pas comptabilisés.

> OBJECTIF

Systématiser, dans la pratique quotidienne, l'application des pratiques cliniques préventives par les médecins et les professionnels et professionnelles de la santé dans les CSSS.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Réaliser une enquête. *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014.*	En cours.	Enquête terminée.	Rapport final à venir.
2	Soutenir le développement des services préventifs dans le cadre de la prévention des maladies cardio-métaboliques. *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014.*	n. d.	Réalisé	En cours

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'enquête a permis de documenter, auprès du personnel médical de première ligne et du personnel infirmier en GMF de l'Estrie, la prestation des pratiques préventives, les facteurs qui influencent et les préférences quant aux pratiques prioritaires et aux stratégies à privilégier.

Dans le cadre de cette étude la méthodologie privilégiée comportait un volet quantitatif et un volet qualitatif. La population à l'étude était constituée des omnipraticiennes et des omnipraticiens (369 médecins, dont 203 pratiquant en GMF) et des infirmières et infirmiers en GMF (39) exerçant dans la région de l'Estrie. La sollicitation s'est effectuée auprès de l'ensemble de la population cible sans procéder à un échantillonnage préalable. Le taux de réponse des omnipraticiens et des omnipraticiennes est de 40,4 %. Des 39 infirmières et infirmiers en GMF invités, 33 ont répondu au questionnaire pour un taux de réponse de 84,6 %.

Les résultats nous démontrent que la prestation des pratiques cliniques préventives (PCP) est élevée pour les omnipraticiens et les omnipraticiennes pour tous les regroupements de PCP particulièrement pour celles sur les habitudes de vie et pour le dépistage des facteurs de risque. Quant au personnel infirmier, ses prestations sont élevées, mais plus orientées sur les maladies chroniques. Plus des deux tiers du personnel infirmier affirme consacrer plus de 50 % de sa pratique sur le suivi des maladies chroniques. Les facteurs facilitant et les obstacles sont les mêmes que ceux cités dans la littérature.

Plusieurs obstacles sont surmontables régionalement parce qu'ils sont liés aux connaissances et aux manques d'outils. Peu de stratégies de soutien organisationnel seraient utiles même si elles sont rapportées être les plus efficaces. Les stratégies informatisées paraissent un levier intéressant. Toutefois les personnes répondantes ont manifesté une désolation à la lenteur du changement.

Le rapport sera disponible en septembre 2014.

INDICATEUR 2

Nous avons collaboré étroitement à l'élaboration du cadre de référence et aux activités de sensibilisation de la nouvelle trajectoire de la prévention et de la gestion des maladies chroniques. Le tronc commun des activités éducatives offre une opportunité d'optimiser la prévention en milieu clinique et de mieux intégrer nos programmes de prévention sur les saines habitudes de vie soit le Programme 0•5•30 et CAT.

> OBJECTIF

Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne en donnant la priorité aux PCP concernant les problèmes suivants : ITSS, habitudes de vie et maladies chroniques, chutes chez les personnes âgées et suicide.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Développer un portrait régional par une enquête.	Données disponibles.	Finaliser le portrait régional des PCP.	Rapport final à venir.
2	Pourcentage des PCP prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien.	75 %	75 %	75 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'enquête a permis de documenter, auprès du personnel médical de première ligne et du personnel infirmier en GMF de l'Estrie, la prestation des pratiques préventives, les facteurs qui influencent et les préférences quant aux pratiques prioritaires et aux stratégies à privilégier.

Dans le cadre de cette étude la méthodologie privilégiée comportait un volet quantitatif et un volet qualitatif. La population à l'étude était constituée des omnipraticiennes et des omnipraticiens (369 médecins, dont 203 pratiquant en GMF) et des infirmières et infirmiers en GMF (39) exerçant dans la région de l'Estrie. La sollicitation s'est effectuée auprès de l'ensemble de la population cible sans procéder à un échantillonnage préalable. Le taux de réponse des omnipraticiens et des omnipraticiennes est de 40,4 %. Des 39 infirmières et infirmiers en GMF invités, 33 ont répondu au questionnaire pour un taux de réponse de 84,6 %.

Les résultats nous démontrent que la prestation des pratiques cliniques préventives (PCP) est élevée pour les omnipraticiens et les omnipraticiennes pour tous les regroupements de PCP particulièrement pour celles sur les habitudes de vie et pour le dépistage des facteurs de risque. Quant au personnel infirmier, ses prestations sont élevées, mais plus orientées sur les maladies chroniques. Plus des deux tiers du personnel infirmier affirme consacrer plus de 50 % de sa pratique sur le suivi des maladies chroniques. Les facteurs facilitant et les obstacles sont les mêmes que ceux cités dans la littérature.

Plusieurs obstacles sont surmontables régionalement parce qu'ils sont liés aux connaissances et aux manques d'outils. Peu de stratégies de soutien organisationnel seraient utiles même si elles sont rapportées être les plus efficaces. Les stratégies informatisées paraissent un levier intéressant. Toutefois les personnes répondantes ont manifesté une désolation à la lenteur du changement.

Le rapport sera disponible en septembre 2014.

INDICATEUR 2

Le bilan des PCP présentent au PNSP s'effectue aux deux ans sous la responsabilité du MSSS. Il a été convenu que la mesure régionale suivrait la même périodicité. Nous n'avons donc pas de donnée spécifique pour cette année. Toutefois, l'an passé, nous respections notre engagement. Il n'y a pas eu de circonstances qui auraient pu aggraver la situation.

> OBJECTIFS

		RÉALISÉ	NON RÉALISÉ
1	Promouvoir les mesures efficaces en santé publique dans les diverses structures de concertation intersectorielles régionales autant pour les habitudes de vie que pour les déterminants sociaux ou physiques.	X	
2	Renforcer la cohésion entre les activités de concertation intersectorielles, les dossiers de santé publique ainsi qu'avec le développement des communautés.	X	
3	Promouvoir les actions permettant de réduire les inégalités sociales en collaboration avec l'Observatoire estrien en développement des communautés (OEDC).	X	
4	Soutenir les efforts des agents de développement locaux dans le développement des compétences des acteurs et le déploiement des meilleures pratiques en développements des communautés au niveau local.	X	
5	Soutenir la mise en place d'un système de surveillance territorial orienté vers l'action.	X	
6	Renforcer la cohésion entre les activités en développement des communautés et les activités du *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Estrie* (mise à jour 2010).	X	

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Participation aux actions régionales et soutien des actions locales à ce niveau.

INDICATEUR 2

Poursuite des accompagnements *Initiative concertés sur le partage des connaissances et le développement des compétences* particulièrement aux CSSS de la MRC-de-Coaticook et de Memphrémagog.

INDICATEUR 3

Participation active au comité de soutien, à la CAR Solidarité (Conférence administrative régionale) ainsi qu'aux trois projets régionaux : préjugés à la pauvreté, sécurité alimentaire ainsi que soutien des tables locales.

INDICATEUR 4

Animation du Comité d'avancement des pratiques de l'OEDC pour une septième année. Collaboration avec le coordonnateur pour le soutien de communautés de pratique des agentes et agents de développement.

INDICATEUR 5

Diffusion des tableaux de bord par communauté avec les indicateurs à jour provenant du recensement 2011 et de l'Enquête nationale des ménages 2011.

INDICATEUR 6

Les priorités de travail identifiées dans le Service prévention-promotion de la santé et dans la *Planification stratégique de la Direction de santé publique de l'Estrie* favorisent le développement des communautés et la lutte contre les inégalités sociales de santé.

2.3.3 ASSURER LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE PAR UNE VIGIE SANITAIRE ET PAR L'APPLICATION DES LIGNES DIRECTRICES LORS DE SIGNALEMENTS, D'ÉCLOSIONS, OU D'INTOXICATIONS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

> OBJECTIF

Suivre l'évolution des MADO, des manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et des éclosions de maladies transmissibles.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Existence d'un portrait régional MADO.	Portrait prévu en 2013.	Premier portrait annuel.	Réalisé

COMMENTAIRES

Le portrait régional des MADO a été diffusé auprès des établissements et des divers partenaires intersectoriels. Il sera suivi de huit feuillets thématiques au cours des deux prochaines années, les objets suivants y seront traités :

1. Les zoonoses, notamment la maladie de Lyme;
2. Les ITSS;
3. Les maladies évitables par la vaccination (MEV);
4. Les intoxications d'origine environnementale;
5. Les maladies transmissibles par voies aériennes, notamment la légionellose;
6. Les infections nosocomiales;
7. Les maladies entériques;
8. Les MADO chimiques d'origine professionnelles.

> OBJECTIF

Contrôler la transmission de certaines maladies infectieuses pour lesquelles des interventions efficaces sont disponibles.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Couverture vaccinale rougeole en milieu scolaire.	92 %	95 %	91 %

COMMENTAIRES

Au 12 mai 2014, la couverture vaccinale en Estrie est à 91 % dans le registre provincial V09 pour le milieu scolaire primaire et secondaire (étudiants, étudiantes et personnel). Les activités de mise à jour de la vaccination en milieu scolaire se poursuivent tout au long de l'année scolaire.

Plusieurs facteurs peuvent influencer son atteinte, notamment le consentement des parents et le nombre de ressources allouées par les CSSS pour effectuer la mise à jour tant auprès des étudiants et des étudiantes qu'auprès du personnel.

> OBJECTIF

Agir pour éviter ou réduire les atteintes à la santé publique lors de contamination de l'eau ou de l'air, lors d'accidents industriels.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre d'enquêtes réalisées ou d'avis livrés dans les lieux publics concernant des problématiques de contamination de l'eau, de l'air ou d'accidents industriels.	n. d.	Continu	Non comptabilisé.
2	Existence d'un portrait régional MADO.	Portrait prévu en 2013.	Premier portrait annuel.	Réalisé
3	Nombre de demandes reçues pour soutenir les gestionnaires scolaires dans l'intégration et la prise en charge des résultats obtenus dans le cadre du programme provincial de dépistage du radon dans les écoles.	Aucune	Répondre à 100 % des demandes de soutien.	Aucune

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

- À la suite de l'enquête épidémiologique effectuée en 2013 pour une école, l'ensemble du personnel et des élèves ont été relocalisés afin de réaliser des travaux visant à améliorer la qualité de l'air. Malgré que toutes les personnes occupantes aient réintégré l'école à l'automne 2013, une enquête est toujours en cours à cause de problèmes de santé persistants. Deux autres enquêtes épidémiologiques d'envergure, dont une toujours en cours ont été menées en milieu scolaire. Suite à cela, un comité intersectoriels a été mis sur pied afin de se doter de mécanismes régionaux de concertation intersectorielles et de prise en charge des situations problématiques en lien avec la qualité de l'air dans les écoles.
- Concernant le dossier de l'arsenic dans des réseaux d'eau potable en Estrie, de nouvelles informations ont incité la DSP à émettre un nouvel avis. Ainsi, la population des municipalités concernées a été directement informée par une lettre signée par la directrice de santé publique.
- À la suite de la tragédie survenue à Lac-Mégantic en juillet 2013, la DSP a été impliquée de façon très importante dans l'évaluation des risques liés à la qualité de l'eau potable, des eaux récréatives, la qualité de l'air et des sols. Des avis à la population ont été émis de façon régulière selon l'évolution de la situation et d'autres sont à venir.
- La DSP a soutenu les acteurs locaux dans la gestion de problématiques d'infestation de punaises de lit de différentes ampleurs dans des lieux fréquentés par la clientèle vulnérable.
- L'équipe de santé environnementale a participé aux audiences publiques du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement concernant le projet intégré de prolongement de l'axe Portland et du boulevard René-Lévesque à Sherbrooke.
- Durant l'été 2013, un agrégat de cas de légionellose a mené la DSP à réaliser une investigation environnementale importante en lien avec des tours à refroidissement en Estrie.

INDICATEUR 2

Le portrait régional des MADO a été diffusé auprès des établissements et des divers partenaires intersectoriels. Il sera suivi de huit feuillets thématiques au cours de deux prochaines années, les objets suivants y seront traités :

1. Les zoonoses, notamment la maladie de Lyme;
2. Les ITSS;
3. Les MEV;
4. Les intoxications d'origine environnementale;
5. Les maladies transmissibles par voies aériennes, notamment la légionellose;
6. Les infections nosocomiales;
7. Les maladies entériques;
8. Les MADO chimiques d'origine professionnelle.

INDICATEUR 3

Le MELS lançait, le 18 août 2011, une opération de dépistage du radon dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec sur trois années. Dans le cadre de cette opération, l'équipe de recherche de l'Institut national de santé publique et la DSP se sont engagées à mettre à profit leur expertise en la matière en offrant un soutien technique aux gestionnaires des commissions scolaires. Tel qu'en 2012-2013, la DSP n'a reçu aucune demande de la part des commissions scolaires.

> OBJECTIF

Aviser la population des mesures de protection à prendre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Communications réalisées auprès de la population.	Quelque 76 activités de communication ont été réalisées dans une optique de protection.	Continu	Une centaine d'activités ont été réalisées dans une optique de protection.

COMMENTAIRES

La DSP a émis une douzaine de communiqués de presse et a pris part à une dizaine de conférences de presse et de points de presse. Au total, c'est plus d'une centaine d'entrevues qui ont été accordées par les porte-paroles de la santé publique en 2013-2014. Un des facteurs qui expliquerait cette augmentation par rapport aux années dernières est la tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic.

> OBJECTIF

Identifier et réduire à la source les agresseurs physiques, chimiques ou biologiques des milieux de travail.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Plusieurs indicateurs se retrouvent dans le *Cahier des charges 2013 du programme des services de santé au travail*, en fonction des ententes spécifiques conclues entre l'Agence et la CSST régionale.			
Nombre de situations de surexposition transmises à la CSST, à titre de signalement.	9	En continu.	29

COMMENTAIRE

Ces 29 signalements touchaient 279 travailleurs et travailleuses et portaient prioritairement sur la silice, les poussières de bois ou non classifiées autrement ainsi que sur différents produits chimiques.

> OBJECTIF

Protéger la santé et le bien-être des travailleurs et des travailleuses contre les expositions aiguës ou chroniques à des agresseurs.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de travailleures et de travailleurs différents faisant l'objet d'une déclaration de MADO.	39	Traiter 100 % des dossiers reçus.	39

COMMENTAIRES

Tous les dossiers reçus ont été étudiés et douze ont nécessité une intervention dans le milieu. Des 39 MADO, 33 concernaient des maladies pulmonaires professionnelles (principalement l'amiantose et la silicose) et six situations d'intoxication (six contaminants différents dont le monoxyde de carbone, le plomb et le toluène).

2.4 ENJEU 4

LA PERFORMANCE PAR L'AMÉLIORATION DE LA PRODUCTIVITÉ, LES MÉTHODES DE SUIVI DE GESTION ET L'OPTIMISATION DES RESSOURCES

Encore une fois cette année, les établissements de santé et de services sociaux de la région ont démontré leur volonté à faire évoluer le réseau estrien vers plus de performance et d'efficience. La TCRE est l'instance régionale stratégique qui a traité de l'amélioration de la performance, incluant, entre autres, les projets d'optimisation, les projets LEAN, les projets d'organisation du travail ainsi que les projets liés à l'utilisation rigoureuse des ressources matérielles et des ressources informationnelles. Plusieurs tables régionales, ainsi que les personnes représentantes des syndicats régionaux ont eu des interfaces officielles avec la TCRE dans ces dossiers.

Ce sont onze projets régionaux d'optimisation en lien avec les quatre enjeux de notre planification stratégique qui ont été menés afin de regrouper les services administratifs, les services de soutien et d'optimisation clinique. Parmi ceux-ci, mentionnons celui de l'acquisition et de l'entretien des équipements spécialisés, celui des archives des centres de réadaptation et celui de la gestion de la présence au travail. De plus, le projet PRASE (Paie, rémunération et gestion des avantages sociaux de quelque 13 733 employés et employées) a poursuivi le déploiement de ses activités. Il fait la fierté de la région et est une source d'inspiration pour l'ensemble du Québec.

Un rôle actif a été joué en lien avec le dossier du développement des compétences LEAN, que ce soit par la mise en place d'une troisième cohorte de formation avec l'UQTR, l'organisation d'un séminaire LEAN, un rendez-vous régional des cadres portant principalement sur le thème *Comment passer d'un projet LEAN à une culture LEAN* une recension des projets LEAN réalisés, en cours et à venir dans les établissements de l'Estrie.

Dans le secteur des ressources informationnelles, l'année 2013-2014 a donné lieu à d'importants déploiements et développements dont;

- le développement, en partenariat avec l'Université de Sherbrooke, d'un système électronique de gestion des accès et du consentement;
- le déploiement du système de gestion (Opéra) au bloc opératoire du CHUS;
- le déploiement de la Phase I du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal au CHUS;

- l'acheminement vers le Dossier de santé du Québec (DSQ) des résultats de laboratoires produits par le CHUS et cinq CSSS de la région depuis le 31 mars 2014. Plus de 20 000 résultats de laboratoires sont transmis quotidiennement;
- le déploiement de la fonction DSQ de visualisation des profils pharmacologiques des pharmacies communautaires dans les établissements de l'Estrie (CSSS et CHUS).

Le volet technologique n'est pas en reste. En effet, l'année a été marquée par une mobilisation sans précédent de tous les acteurs de la région en ressources informationnelles pour démarrer les projets en lien avec les cibles ministérielles d'optimisation en technologies de l'information. Les projets *Gestion du parc des postes de travail, Mise à niveau du système d'exploitation du parc des postes de travail* et *Centre de traitement informatique*. Une autre cible ministérielle d'optimisation concerne la téléphonie IP. La région s'est dotée d'un plan stratégique qui est composé de cinq cibles à atteindre dont le regroupement d'achat régional.

Beaucoup de travail a été réalisé pour optimiser la gestion des services en technologie de l'information. Nous nous sommes inspirés des meilleures pratiques de l'industrie répertoriées dans le référentiel ITIL© (Information Technology Infrastructure Library). Depuis trois ans, plusieurs processus de gestion ont été révisés et adaptés à ces meilleures pratiques et les indicateurs de gestion afférents ont été développés.

Enfin, la réflexion amorcée par la TCRE au cours des dernières années quant à l'évaluation et à la gestion de la performance a évolué positivement. Ainsi, une table régionale performance sera mise en place au cours de la prochaine année afin de soutenir le développement de la culture de la performance, de développer le volet régional de l'évaluation de la performance et de conseiller les autres instances régionales sur le volet de la gestion de la performance.

M^me^ Nathalie Léonard
Directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

M^me^ Micheline Savoie
Directrice régionale des ressources informationnelles

M^me^ France Simoneau
Directrice des ressources financière et matérielles

2.4.1 RÉPONDRE AUX DÉFIS PAR LE DÉVELOPPEMENT D'ORGANISATIONS PERFORMANTES ET NOVATRICES

> OBJECTIF

Documenter et faire connaître aux établissements les structures de postes optimales pour déployer une offre de service par programme.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Analyse et recommandations sur les structures de postes optimales déposées.	Réalisé	Amorce de l'analyse.	Réalisé

COMMENTAIRES

L'analyse démontre qu'il est impossible à ce moment de proposer une structure de postes optimales avec l'information que l'on peut colliger. La structure des équipes dans les établissements de la région ne permet pas de les comparer entre elles. Des différences importantes existent selon la mission de l'établissement, le niveau de lourdeur de la clientèle, le type de services rendus, l'horaire de travail, etc.

> OBJECTIF

Poursuivre les efforts de productivité pour l'ensemble des centres d'activités en première ligne et de prise en charge pour les services spécialisés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Nombre de CSSS ayant atteint les ratios de productivité visés pour chaque centre d'activités.	4/7	5/7	4/7
2	Nombre de CSSS ayant atteint la proportion visée de temps passé auprès des usagers et des usagères au SAD.	7/7	7/7 *(Engagement modifié lors de la reddition de compte)*	7/7

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Les résultats 2013-2014 portent sur l'analyse des ratios de productivité 2012-2013. Onze sous-centres d'activités sont concernés par ce calcul. Pour les sept CSSS, six des onze sous-centres d'activités obtiennent les ratios de productivité visés dans chacun des centres d'activités. Il s'agit des mêmes résultats que pour l'année 2012-2013.

Précisons que pour les sous-centres d'activités du soutien à domicile où il y a la majorité des interventions CLSC, quatre des sept sous-centres d'activités obtiennent le résultat de l'engagement. Pour les sous-centres d'activités de soutien à domicile, les résultats se sont améliorés par rapport à 2012-2013 et les sept CSSS sont très près des ratios de productivité visés lorsqu'ils ne l'obtiennent pas.

INDICATEUR 2

Les résultats 2013-2014 portent sur l'analyse de la proportion visée de temps passé auprès des usagers et des usagères 2012-2013. En plus d'atteindre la proportion visée de temps passé auprès des usagers et des usagères SAD, les CSSS ont amélioré de presque 6 % leur résultat par rapport à l'an dernier.

> OBJECTIF

Mettre en place des mécanismes systématiques de type *benchmarking* pour l'ensemble des indicateurs de l'offre de service.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Dépôt d'un document explicatif sur les mécanismes mis en place.	Réalisé	Poursuite de la production des rangs Estrie.	Réalisé

COMMENTAIRES

Le document explicatif a été déposé en 2012-2013. Une série de tableaux sont mis à jour à chaque période. De plus, de nouveaux outils de type *benchmarking* sont en développement pour la comparaison des CSSS entre eux.

2.4.2 ASSURER UNE GESTION RIGOUREUSE EN OPTIMISANT L'UTILISATION DES RESSOURCES DISPONIBLES

> OBJECTIF

S'assurer de la suite à donner aux projets de construction en CHSLD pour les CSSS du Haut-Saint-François et du Granit.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de projets évalués.	2	En attente des nouvelles du MSSS et des CSSS du Haut-Saint-François et du Granit. *Note : Engagement modifié lors de la reddition de compte.*	Avancement continu des démarches entre les établissements, le MSSS et l'Agence.

COMMENTAIRES

L'Agence a continué à soutenir les établissements dans les démarches nécessaires à la réalisation de ces projets auprès du MSSS. Ces actions devront se poursuivre et être maintenues en 2014-2015.

> OBJECTIF

Soutenir l'évaluation du projet d'agrandissement du CHUS-Hôpital Fleurimont.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Projet évalué pour l'agrandissement du CHUS-Hôpital Fleurimont incluant le projet de la procréation médicalement assistée. *Note : Titre de l'indicateur modifié en janvier 2014.*	Réalisé	Réalisé *Note : Engagement modifié lors de la reddition de compte.*	Le processus suit son cours.

COMMENTAIRE

L'Agence a continué à soutenir l'établissement dans les démarches nécessaires à la réalisation de ce projet auprès du MSSS.

> OBJECTIF

Favoriser la mise en commun des ressources informationnelles (RI).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Favoriser la mise en commun des RI.	2 nouveaux systèmes ou services mis en commun. Total = 18	17	17

COMMENTAIRES

La mise en commun et le partage de systèmes, d'infrastructures, d'expertise, de compétences et de services en RI entre les établissements de la région favorise l'optimisation des processus, des efforts et des coûts. À la fin de l'exercice 2013-2014, tous les systèmes et services RI ayant un fort potentiel d'être mis en commun l'ont été.

> OBJECTIF

Déployer le DCI-CAE.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre d'établissements utilisant les « fonctionnalités normalisées » du DCI. *Note : Titre de l'indicateur modifié en janvier 2014.*	7 sur 12 (58 %)	Radiologie : 7 Laboratoire : 5 CSSS + Rehaussement CHUS = 6	Radiologie : 7 Laboratoire : 6

COMMENTAIRES

Un même DCI pour tous les établissements de la région facilite la gestion et la circulation de l'information entre les personnes intervenantes ainsi qu'entre les organisations avec le consentement des patients et des patientes. Il permet d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la continuité des soins et des services tout en améliorant la qualité et la sécurité des soins. Il soutient la diminution du nombre d'erreurs de saisie, l'ajustement de la médication et la diminution du nombre d'événements indésirables. Il favorise l'interdisciplinarité, la normalisation des pratiques cliniques, l'amélioration de l'efficience et l'efficacité organisationnelle.

Un même DCI pour toute la région contribue à l'optimisation des investissements et des coûts d'opération, notamment par le regroupement des infrastructures qui le soutiennent et à leur hébergement centralisé et sécuritaire. Il permet aussi l'accès à de l'information spécifique provenant d'autres systèmes d'information tels que le DSQ, un dossier médical électronique ou un système de gestion et de communication des données des examens d'imagerie diagnostique.

> OBJECTIF

Contribuer au déploiement du DSQ.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

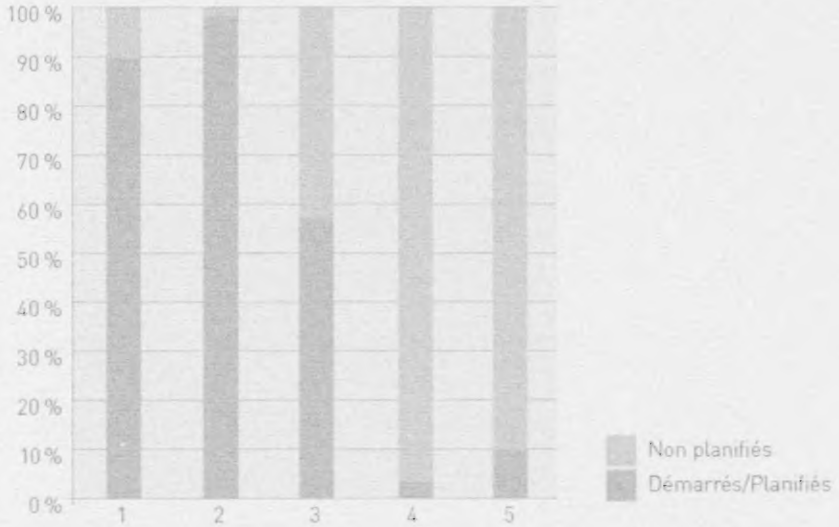
	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Pourcentage des professionnels et des professionnelles de la santé (médecins, pharmaciens, pharmaciennes, infirmières et infirmiers) ayant accès au DSQ.	60 % des pharmaciens et des pharmaciennes (34 pharmacies communautaires déployées/57)	100 % : Pharmaciens et pharmaciennes + GMF + cliniques médicales + salles d'urgence	61 % (1024/1680)
2	Nombre de laboratoires arrimés au domaine Laboratoire du DSQ.	Laboratoires : 5 CSSS le 25 juin 2013.	Laboratoires : 5 CSSS	6/6 (5 CSSS + CHUS)

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'objectif n'a pu être atteint, d'une part, en raison du retard imposé au projet DSQ-Médicaments à la suite du refus des pharmaciens et des pharmaciennes de participer au projet et de la négociation de plusieurs mois avec le MSSS qui s'en est suivie en 2012 et, d'autre part, parce que certaines cliniques privées peu informatisées n'étaient pas prêtes à se joindre au déploiement.

Selon le bilan d'avril 2014 de la DGA DSQ, MSSS



INDICATEUR 2

Initialement, il avait été prévu que l'arrimage au DSQ des deux laboratoires du CHUS s'actualise au cours de l'exercice 2014-2015. À la demande du MSSS, ces travaux ont été devancés.

> OBJECTIF

Miser sur l'assistance en ligne.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage d'incidents résolus en ligne au Centre d'assistance régional (CAR).	65 % des appels résolus au CAR (55 430 appels reçus)	55 %	62 %

COMMENTAIRES

Ce taux est basé sur les données des six derniers mois (septembre 2013 à mars 2014). La mise en œuvre des bonnes pratiques de gestion des services informatiques, l'accompagnement régulier fait par le CAR auprès des équipes informatiques des établissements et la publication mensuelle de cet indicateur auprès des personnes dirigeantes des établissements ont été les principaux facteurs ayant permis l'atteinte et même le dépassement de l'objectif visé.

> OBJECTIF

Mettre en œuvre le plan stratégique du MSSS 2010-2015 en sécurité de l'information.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Plan stratégique implanté.	78 % du plan réalisé.	Réalisation débutée.	Planification en cours de révision.

COMMENTAIRES

À la suite de l'adoption par le Secrétariat du Conseil du trésor d'une nouvelle directive sur la sécurité gouvernementale en vigueur depuis le 15 janvier 2014 et sur demande de M. Richard Audet, sous-ministre associé à la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) au MSSS, un bilan régional de la sécurité informationnelle est en cours et le plan stratégique triennal en la matière est en cours de révision.

> OBJECTIF

Optimiser la téléphonie IP.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage du parc de téléphonie conforme aux objectifs du *Plan stratégique régional d'optimisation*.	Plan régional élaboré.	Avoir transmis le *Plan stratégique régional d'optimisation*.	Appel d'offres régional en téléphonie prêt à être lancé.

COMMENTAIRE

Considérant que plusieurs contrats d'entretien venaient à échéance à court terme, la priorité a été mise sur la préparation d'un appel d'offres unique qui sera lancé sous peu.

> OBJECTIF

Optimiser la téléphonie cellulaire.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage du parc de téléphones cellulaires couverts par l'entente provinciale (Corporation de services regroupés de l'Estrie).	Dossier complété. Les bénéfices se sont réalisés.	Aucun (dossier complété).	Complété

COMMENTAIRES

En 2010-2011, l'organisation responsable de l'approvisionnement en commun (la Corporation de services regroupés de l'Estrie devenue le Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec) a lancé un appel d'offres et a retenu le fournisseur Bell pour répondre à tous les besoins de téléphonie cellulaire de la région. Cette démarche a permis des économies de 102 781 $ en plus de permettre aux établissements de répondre à davantage de besoins.

> OBJECTIF

Optimiser la visioconférence.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage du parc de stations de visioconférence conforme aux objectifs du *Plan régional d'optimisation*.	Dossier à venir.	En attente du lancement par le MSSS.	Aucun (en attente).

COMMENTAIRES

Dans ce dossier, le MSSS s'attend à ce que chaque région mette à jour l'inventaire de ses stations de visioconférence, réalise la migration de ses stations au nouveau service provincial et assure la prise en charge des responsabilités identifiées dans le cadre de gestion du service. Le MSSS, coordonnant ce projet provincial, a lancé les travaux en mars 2013 pour les suspendre quelques semaines plus tard. À la fin de l'exercice 2013-2014, l'Agence était toujours en attente d'indications du MSSS quant au redémarrage du projet.

> OBJECTIF

Optimiser le Service national de courrier électronique (SNCE).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage de boîte de courriers électroniques migrés au SNCE.	Dossier à venir.	En attente du lancement par le MSSS.	Aucun (SNCE abandonné par le MSSS).

COMMENTAIRES

La mise en place d'un nouveau SNCE a été abandonnée en 2013 à la suite de l'échec de l'appel d'offres visant à retenir un fournisseur pour offrir ce service. Le MSSS demande maintenant aux agences d'assurer la mise à niveau du système actuel (Lotus Notes) dans le cadre d'une nouvelle stratégie de rehaussement des infrastructures technologiques de toute la région. À la fin de l'exercice 2013-2014, cette stratégie était en cours d'élaboration afin d'être soumise au MSSS pour approbation à la fin juin 2014.

> OBJECTIF

Optimiser la gestion des postes de travail.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage du parc de postes de travail répondant aux objectifs du *Plan régional d'optimisation*.	21 %	26 %	Planification en révision.

COMMENTAIRES

Sur demande de M. Richard Audet, sous-ministre associé à la DGTI au MSSS, ce dossier doit maintenant s'intégrer dans la nouvelle architecture intégrée technologique commune (AITC). Pour atteindre cet objectif, chaque agence doit présenter une stratégie régionale d'ici la fin juin 2014. Ce dossier se poursuivra lorsque la nouvelle stratégie aura été approuvée par le MSSS.

> OBJECTIF

Regrouper et optimiser les Centres de traitement informatique (CTI).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Pourcentage du parc de serveurs conforme aux objectifs du *Plan régional d'optimisation*.	Dossier à venir.	50 %	Planification en révision.

COMMENTAIRES

Sur demande de M. Richard Audet, sous-ministre associé à la DGTI au MSSS, ce dossier doit maintenant s'intégrer dans la nouvelle AITC. Pour atteindre cet objectif, chaque agence doit présenter une stratégie régionale d'ici la fin juin 2014. Ce dossier se poursuivra lorsque la nouvelle stratégie aura été approuvée par le MSSS.

> OBJECTIF

Optimiser le panier de services en matière de technologies de l'information.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nombre de services révisés.	Suivi	Suivi	Tous les services visés ont été révisés.

COMMENTAIRES

La révision prévue portait sur les services technologiques régionaux offerts par le Technocentre régional. Le service de soutien aux systèmes d'information de laboratoire (SIL d'Omnitech) a été abandonné dans le cadre du déploiement de la fonctionnalité de Laboratoire du DCI-CAE dans les CSSS. Le contenu des autres services (description, responsabilités, comment y accéder, est-il disponible 24h/jour?, etc.) a été précisé dans des ententes formelles afin de mieux répondre aux besoins.

Une nouvelle vague de révision a débuté plus récemment dans le cadre de la mise en œuvre des bonnes pratiques de gestion des services informatiques (ITIL). Elle inclut les services qui se sont développés au CHUS. L'objectif est d'en arriver à produire un seul catalogue incluant l'ensemble des services offerts dans la région en RI et en technologies de l'information.

> OBJECTIF

Stabiliser le financement du Technocentre régional.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Nouveau mode de financement adopté.	Complété	s. o.	Complété

COMMENTAIRES

Le Technocentre régional a longtemps été financé en facturant ses services. Ce mode de financement était lourd à gérer et laissait croire que les services étaient optionnels (à la carte). Certains établissements croyaient pouvoir s'abonner à un service ou l'abandonner sans conséquence.

Le personnel du Technocentre (donc de l'Agence) étant soumis aux mêmes règles de sécurité d'emploi que celui des établissements, l'abandon de services par les établissements entraînait une perte pour le Technocentre qui devait maintenir son budget en équilibre.

Depuis 2012-2013, le Technocentre régional est principalement financé par une ponction faite directement dans les budgets d'opération des établissements de la région. En contrepartie, la révision du panier de services (ajout ou retrait), et de ses impacts, est dorénavant déterminée en concertation avec l'ensemble des établissements.

2.4.3 RELEVER LES DÉFIS DE SANTÉ FINANCIÈRE PAR LA DIMINUTION DES DÉPENSES ADMINISTRATIVES

> OBJECTIFS

		RÉALISÉ	NON RÉALISÉ
1	Analyser le potentiel d'optimisation des services par la mise en commun d'activités administratives et de soutien et en assurer la mise en œuvre.		En cours de réalisation.
2	Soutenir la concertation des établissements dans la recherche de solutions novatrices autant locales que régionales pour faire face aux défis du projet de loi n°100.	En continu.	

COMMENTAIRES

OBJECTIF 1

Plusieurs chantiers d'optimisation sont en cours et certains ont donné des résultats en 2013-2014 dont celui des archives des centres de réadaptation et celui de la présence au travail. De plus, le chantier des équipements spécialisés a vu les économies croître par rapport aux prévisions initiales.

D'autres chantiers sont en cours de réalisation et donneront des résultats dans les années futures :

1. Efficacité énergétique (CHUS)
2. Paie, rémunération et avantages sociaux de l'Estrie (PRASE)
3. Utilisation optimale de la main-d'œuvre
4. Approvisionnement et appels d'offres régionalisés

OBJECTIF 2

Partage sur le sujet régulièrement aux différentes tables déjà existantes : Table régionale des ressources financières et matérielles (TRRFM), TRRH, TCRE. Nous faisons alors une mise en commun lors de ces rencontres sur différentes solutions mises en place par l'un ou l'autre des établissements. Les uns et les autres sont inspirants.

> OBJECTIF

Réduire, avant le 31 mars 2014, de 10 % les dépenses de nature administrative.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Suivi des centres d'activités concernés.	Maintien de la réalisation déjà obtenue.	Maintien de la réduction.	Réalisé

COMMENTAIRES

Nous avons fait face aux mesures d'optimisation de 10 % imposées par le Ministère depuis le début.

Les dépenses administratives ont diminué de plus de 10 %, par exemple, en réduisant les frais reliés aux déplacements, en utilisant, notamment la visioconférence. Pour la publicité, nous privilégions les moyens électroniques maintenant à notre disposition. Nous négocions des contrats en unissant nos forces pour réduire les coûts que les fournisseurs nous facturent.

> OBJECTIF

Diminuer les heures travaillées équivalant à un départ à la retraite sur deux, dans les secteurs administratifs (cadres et salariés), avant le 31 mars 2014.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Suivi des centres d'activités concernés.	Diminution	Poursuivre la diminution.	Diminution

COMMENTAIRES

Les heures travaillées ont diminuées, car lorsque c'était possible, nous avons tenu compte du principe du non remplacement d'un départ à la retraite sur deux. Cependant, dans certains cas, la reddition de comptes impose un certain ajout d'heures ainsi que les différents chantiers d'optimisation. Par ailleurs, l'ajout de ces heures se traduit par des économies dans différents centres d'activités.

2.4.4 METTRE EN ŒUVRE DES MÉCANISMES MOBILISANTS DE NÉGOCIATION DES ENTENTES DE GESTION

> OBJECTIFS

Adapter l'approche d'élaboration de l'entente de gestion par l'offre de service des établissements en s'assurant de mettre en œuvre des mécanismes mobilisants.

Développer et mettre en place les modalités de contrat d'engagement couvrant les enjeux d'amélioration de l'accessibilité, de la productivité, de la continuité, de la qualité et de la performance.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
1	Dépôt d'un plan de travail.	En cours d'élaboration.	2 sous-processus revus.	Non réalisé.
2	Réalisation d'un projet LEAN d'optimisation du processus des ententes de gestion et d'imputabilité Agence-Établissements. *Note : Indicateur modifié en janvier 2014.*	Non réalisé.		

COMMENTAIRES

INDICATEURS 1 ET 2

Afin d'adapter l'approche d'élaboration de l'entente de gestion avec les établissements de la région, en nous assurant que les mécanismes soient mobilisants, nous avons choisi de faire un projet LEAN. La charte de projet ayant déjà été définie, la prise de mesure a été effectuée pour l'ensemble du processus d'élaboration des ententes de gestion et d'imputabilité, incluant le sous-processus de reddition de comptes. Les impacts recherchés par le projet sont :

- La diminution de l'effort requis par les parties prenantes pour la réalisation de ce processus.
- Le maintien ou l'augmentation de la satisfaction des établissements envers le processus. À cet effet un sondage a été réalisé auprès de l'ensemble des établissements.

Le sous-processus de reddition de comptes a été priorisé pour l'année 2014-2015. Une activité d'amélioration continue sera réalisée en avril 2014 et le nouveau sous-processus incluant les modifications apportées sera implanté dès la reddition de comptes 2013-2014 des établissements au printemps 2014.

La priorisation des prochains sous-processus à améliorer se fera au cours du printemps 2014.

> OBJECTIF

Rendre disponible des outils de comparaison et d'information de gestion.

	RÉALISÉ	NON RÉALISÉ
Rendre disponible des outils de comparaison et d'information de gestion.	x	

COMMENTAIRES

Afin de soutenir les décisions de gestion, l'équipe de la performance de l'Agence a développé plusieurs outils d'information et de comparaison sur la performance des établissements et de la région. Voici une brève description de quelques-uns de ces outils :

- La mise en place de mécanismes systématiques de type *benchmarking* (analyse comparative) pour l'ensemble des indicateurs de l'offre de service est finalisée. Cet outil permet de situer le rang de la région, parmi l'ensemble des régions, pour chacun des indicateurs. Un outil de comparaison des CSSS de la région entre eux et pour certains indicateurs avec la province est en cours d'élaboration.
- Les ratios de productivité pour les centres d'activités au SAD et hors SAD sont calculés et rendus disponibles aux établissements de la région.
- Les taux de desserte, soit le nombre d'usagères et d'usagers desservis pour une population donnée, sont calculés pour chaque CSSS pour les différentes clientèles (SAPA, santé mentale, etc.).
- Un tableau de bord regroupant l'ensemble des indicateurs sur l'accessibilité est mis à jour trois fois par année (périodes 6-10-13).

Le suivi des heures de services rendus aux usagères et aux usagers a été calculé périodiquement dans le secteur du SAD et rendu disponible aux établissements.

> OBJECTIF

Améliorer les méthodes de calcul des indicateurs d'accès aux services.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Révision des méthodes de calcul.	En attente du MSSS.	Réalisé	En attente du MSSS.

COMMENTAIRES

Les changements à la méthode de calcul sont identifiés par la région de l'Estrie et ces changements ont été demandés au pilote d'orientation CLSC du MSSS. Le pilote d'orientation CLSC du MSSS a effectué des travaux de consultation auprès des programmes pour établir une méthode de calcul répondant aux besoins d'information des programmes (été 2013). L'implantation de l'assurance autonomie a été priorisée et les travaux amorcés pour réviser les méthodes de calcul ont été suspendus par le MSSS.

> OBJECTIF

Faire un bilan et une évaluation du niveau d'atteinte des objectifs de chaque programme-services.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2012-2013	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2013-2014
Élaboration d'un cadre de référence sur la performance en Estrie.	En cours.	Adopté par la TCRE.	Non réalisé.

COMMENTAIRES

Les travaux du MSSS, en regard de l'élaboration d'un cadre de référence d'évaluation de la performance et la réflexion du comité en cours d'année, ont fait en sorte que l'objectif d'écrire un cadre de référence sur la performance en Estrie n'était plus une priorité.

En effet, le MSSS a diffusé son propre cadre de référence sur la performance, comprenant le modèle sur lequel les évaluations de performance des continuums de services seront basées. Le MSSS recommande fortement que les agences et les établissements du RSSS utilisent ce modèle d'évaluation de la performance.

De ce fait, les membres de la TCRE ont changé le mandat du groupe de travail afin que ce dernier se penche sur la structure de gouvernance et les modalités de gestion de la performance en Estrie.

3

Données FINANCIÈRES

3.1 ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

3.1.1 RAPPORT DE LA DIRECTION

Sherbrooke, le 9 juin 2014

Le *Rapport financier annuel* du 31 mars 2014, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'Agence qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au *Manuel de gestion financière édicté* en vertu de l'article 477 de la LSSSS.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'Agence conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le C. A. surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité d'audit. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur et examine les états financiers et en recommande l'approbation au C. A.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du *Rapport financier annuel*, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes canadiennes d'audit. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Johanne Turgeon | **M^me^ Johanne Turgeon**
Présidente-directrice générale

France Simoneau | **M^me^ France Simoneau**
Directrice des ressources financières et matérielles

3.1.2 RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS DE L'AGENCE

Aux membres du C. A. de l'Agence

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats et de la variation des actifs nets (dette nette) pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 3 juin 2014. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

:: RESPONSABILITÉ DE LA DIRECTION POUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire 2013-013 (03.01.61.26) publiée par le MSSS.

:: RESPONSABILITÉ DE L'AUDITEUR

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la *Norme canadienne d'audit* (NCA) 810 « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

:: OPINION

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 3 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 – Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité, mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation des surplus cumulés, de la variation de ses actifs financiers nets, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*.

Mallette s.e.n.c.r.l.

MALLETTE SENCRL[1]

Société de comptables professionnels agréés

Trois-Rivières, Québec

Le 4 septembre 2014

[1] Permis de comptabilité publique n° A111169

3.1.3 SUIVI DE LA RÉSERVE

Nom de l'agence
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Code
1466-5228

Tous les fonds

Exercice terminé le 31 mars 2014

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, DES COMMENTAIRES ET DES OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX-XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes : Colonne 3 : R pour réserve O pour observation C pour commentaire			Colonnes 5, 6 et 7 : R pour réglée PR pour partiellement réglée NR pour non réglée			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou visés à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Rapport à la gouvernance						

3.1.4 ÉTATS DES RÉSULTATS DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET D'IMMOBILISATIONS RÉSUMÉS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2014

RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION - ACTIVITÉS PRINCIPALES	2013-2014	2012-2013
REVENUS		
Subventions du Ministère	7 448 695 $	7 499 976 $
Autres revenus	345 363	263 529
Total des revenus	**7 794 058 $**	**7 763 505 $**
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	6 379 033 $	6 190 458 $
Autres dépenses	1 357 859	1 427 833
Total des charges	**7 736 892 $**	**7 618 291 $**
Surplus (déficit) de l'exercice	**57 166 $**	**145 214 $**
TRANSFERTS INTERFONDS		
Contributions en provenance de fonds affectés	40 339	64 702
Contributions en provenance du fonds des activités régionalisées	225 000	225 000
Affectations au fonds d'immobilisations et à d'autres fonds	(322 580)	(431 546)
Surplus (déficit) de l'exercice après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**(75) $**	**3 370 $**

RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS ACCESSOIRES	2013-2014	2012-2013
REVENUS		
Subventions du Ministère	137 325 $	123 323 $
Autres revenus	0	0
Total des revenus	**137 325 $**	**123 323 $**
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	93 063 $	43 897 $
Autres dépenses	66 299	55 935
Total des charges	**159 362 $**	**99 832 $**
Surplus (déficit)	**(22 037) $**	**23 491 $**

RÉSULTATS DU FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	2013-2014	2012-2013
REVENUS		
Contributions des établissements	1 608 238 $	2 029 484 $
Autres revenus	7 028 431	8 090 865
Total des revenus	**8 636 669 $**	**10 120 349 $**
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	4 155 875 $	3 917 488 $
Autres dépenses	4 484 912	3 829 596
Total des charges	**8 640 787 $**	**7 747 084 $**
Surplus (déficit)	**(4 118) $**	**2 373 265 $**
TRANSFERTS INTERFONDS		
Contributions en provenance du fonds d'exploitation	302 176 $	361 859 $
Contributions de fonds affectés	7 256	0
Affectations au fonds d'exploitation	(225 000)	(225 000)
Affectations au fonds d'immobilisations	(855 965)	(1 511 310)
Surplus (déficit) de l'exercice après contributions de l'avoir propre et interfonds	**(775 651) $**	**998 814 $**

RÉSULTATS DU FONDS D'IMMOBILISATIONS	2013-2014	2012-2013
REVENUS		
Subventions du Ministère	5 546 915 $	4 944 064 $
Autres revenus	0	0
Total des revenus	**5 546 915 $**	**4 944 064 $**
CHARGES		
Frais d'intérêts	2 032 448 $	2 370 820 $
Amortissements	2 491 835	2 475 151
Autres charges	522 601	511 788
Total des charges	**5 046 884 $**	**5 357 759 $**
Surplus (déficit)	**500 031 $**	**(413 695) $**
TRANSFERTS INTERFONDS		
Contributions en provenance du fonds d'exploitation – activités principales	23 404 $	69 687 $
Contributions en provenance du fonds des activités régionalisées	855 965	1 511 310
Contributions en provenance de fonds affectés	19 846	116 751
Surplus (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**1 399 246 $**	**1 284 053 $**

3.1.5 ÉTATS DES SOLDES DE FONDS DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET D'IMMOBILISATIONS RÉSUMÉS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2014

FONDS D'EXPLOITATION	2013-2014		2012-2013	
	ACTIVITÉS PRINCIPALES	AVOIR PROPRE	ACTIVITÉS PRINCIPALES	AVOIR PROPRE
Solde créditeur – au début	145 214 $	633 000 $	145 179 $	606 174 $
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)				
Surplus de l'exercice	57 166 $	(22 037) $	145 214 $	23 491 $
Transferts interfonds :				
– En provenance des fonds affectés	0	40 339	0	64 702
– En provenance du fonds des activités régionalisées	0	225 000	0	225 000
– Affectés à d'autres fonds	0	(302 176)	0	(361 859)
– Affectés au fonds d'immobilisations	0	(23 404)	0	(69 687)
LIBÉRATION DE SURPLUS	0 $	0 $	(145 179) $	145 179 $
VARIATION DE L'EXERCICE	57 166 $	(82 278) $	35 $	26 826 $
Solde créditeur – à la fin	202 380 $	550 722 $	145 214 $	633 000 $

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	2013-2014	2012-2013
Solde créditeur – au début	3 430 899 $	2 432 085 $
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)		
Surplus (déficit) de l'exercice	(4 118) $	2 373 265 $
Transferts interfonds :		
– Contributions du fonds d'exploitation	302 176	361 859
– Contributions de fonds affectés	7 256	0
– Affectés au fonds d'exploitation	(225 000)	(225 000)
– Affectés au fonds d'immobilisations	(855 965)	(1 511 310)
Autres déductions	0	0
VARIATION DE L'EXERCICE	(775 651) $	998 814 $
Solde créditeur – à la fin	2 655 248 $	3 430 899 $

FONDS D'IMMOBILISATIONS	2013-2014	2012-2013
Solde créditeur – au début	2 516 345 $	1 232 292 $
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)		
Surplus (déficit) de l'exercice	500 031 $	(413 695) $
Transferts interfonds :		
– En provenance du fonds d'exploitation	23 404	69 687
– En provenance des activités régionalisées	855 965	1 511 310
– En provenance de fonds affectés	19 846	116 751
VARIATION DE L'EXERCICE	1 399 246 $	1 284 053 $
Solde créditeur – à la fin	3 915 591 $	2 516 345 $

3.1.6 BILANS RÉSUMÉS DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET DES IMMOBILISATIONS AU 31 MARS 2014

BILANS	FONDS D'EXPLOITATION		FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		FONDS D'IMMOBILISATIONS	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
ACTIF						
Encaisse	1 743 577 $	1 484 311 $	2 920 307 $	4 255 525 $	0 $	22 982 $
Débiteurs	478 796	592 370	6 347 619	2 888 203	20 222 932	23 470 146
Autres éléments	20 767	15 835	179 348	122 539	109 028	103 611
Immobilisations	0	0	0	0	4 772 155	6 105 708
Subvention à recevoir – réforme comptable	694 849	708 814	270 979	275 276	40 806 877	43 624 357
Total de l'actif	**2 937 989 $**	**2 801 330 $**	**9 718 253 $**	**7 541 543 $**	**65 910 992 $**	**73 326 804 $**
PASSIF						
Découvert de banque	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $
Créditeurs et charges à payer	1 282 217	1 134 217	6 640 114	3 725 957	0	22 982
Provision pour vacances et congés de maladies	902 670	888 899	422 891	384 687	361 309	0
Intérêts courus à payer	0	0	0	0	0	420 140
Emprunts temporaires	0	0	0	0	23 044 999	26 400 991
Dette à long terme	0	0	0	0	38 589 093	43 966 346
Total du passif	**2 184 887 $**	**2 023 116 $**	**7 063 005 $**	**4 110 644 $**	**61 995 401 $**	**70 810 459 $**
Solde de fonds	**753 102 $**	**778 214 $**	**2 655 248 $**	**3 430 899 $**	**3 915 591 $**	**2 516 345 $**
Total du passif et du solde du fonds	**2 937 989 $**	**2 801 330 $**	**9 718 253 $**	**7 541 543 $**	**65 910 992 $**	**73 326 804 $**

3.1.7 ÉTAT DES RÉSULTATS ET BILAN COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS AU 31 MARS 2014

RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2013-2014
REVENUS				
Subventions du Ministère	20 581 116 $	5 000 $	65 534 842 $	86 120 958 $
Revenus d'intérêts	17 504	2 052	192 983	212 539
Autres	4 549 854	1 700	106 359	4 657 913
Total des revenus	**25 148 474 $**	**8 752 $**	**65 834 184 $**	**90 991 410 $**
CHARGES				
Dépenses de transferts	4 597 110 $	0 $	5 439 284 $	10 036 394 $
Contrats à budget	20 787 282	0	0	20 787 282
RITM – Facturation provinciale	0	0	51 785 692	51 785 692
Autres	21 273	33 723	303 237	358 233
Total des charges	**25 405 665 $**	**33 723 $**	**57 528 213 $**	**82 967 601 $**
Surplus (déficit)	**(257 191) $**	**(24 971) $**	**8 305 971 $**	**8 023 809 $**

RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2012-2013
REVENUS				
Subventions du Ministère	19 005 249 $	30 000 $	64 798 903 $	83 834 152 $
Revenus d'intérêts	15 366	2 092	102 098	119 556
Autres	4 518 693	22 059	786 831	5 327 583
Total des revenus	**23 539 308 $**	**54 151 $**	**65 687 832 $**	**89 281 291 $**
CHARGES				
Dépenses de transferts	3 444 646 $		4 773 974 $	8 218 620 $
Contrats à budget	19 936 690	0	0	19 936 690
RITM – Facturation provinciale	0		61 649 838	61 649 838
Autres	(5 509)	59 500	220 015	274 006
Total des charges	**23 375 827 $**	**59 500**	**66 643 827**	**90 079 154**
Surplus (Déficit)	**163 481 $**	**(5 349) $**	**(955 995) $**	**(797 863) $**

BILAN COMBINÉ	FONDS AFFECTÉS	
	2013-2014	2012-2013
ACTIF		
Encaisse	18 695 895 $	16 711 693 $
Avances de fonds aux établissements publics	0	0
Débiteurs	6 001 644	10 535 123
Autres éléments	0	1 386
Subvention à recevoir – provision vacances et congés de maladies	9 910 $	9 910 $
Total de l'actif	**24 707 449 $**	**27 258 112 $**
PASSIF		
Créditeurs et charges à payer	7 420 837 $	17 771 832 $
Provision pour vacances et congés de maladies	27 298	25 278
Revenus reportés – MSSS + crédits régionaux	107 079	265 134
Total du passif	**7 555 214 $**	**18 062 244 $**
Solde de fonds	**17 152 235 $**	**9 195 868 $**
Total du passif et du solde de fonds	**24 707 449 $**	**27 258 112 $**

3.1.8 ÉTAT RÉSUMÉ DU SOLDE DE FONDS COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS AU 31 MARS 2014

FONDS AFFECTÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2013-2014
Solde créditeur - au début	372 895 $	151 839 $	8 671 134 $	9 195 868 $
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)				
Surplus (déficit) de l'exercice	(257 191) $	(24 971) $	8 305 971 $	8 023 809 $
Transferts interfonds :				
– Affectés au fonds d'exploitation	0	0	(40 339)	(40 339)
– Affectés au fonds des activités régionalisées	0	0	(4 266)	(4 266)
– Affectés au fonds d'immobilisations	(19 846)	0	0	(19 846)
Autres transferts interfonds	(2 990)	0	0	(2 990)
Variation de l'exercice	(280 027) $	(24 971) $	8 261 366 $	7 956 368 $
Solde créditeur – à la fin	92 868 $	126 868 $	16 932 499 $	17 152 235 $

FONDS AFFECTÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2012-2013
Solde créditeur - au début	330 330 $	157 188 $	9 657 755 $	10 145 273 $
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)				
Surplus (déficit) de l'exercice	163 481 $	(5 349) $	(955 995) $	(797 863) $
Transferts interfonds :				
– Affectés au fonds d'exploitation	0	0	(64 702)	(64 702)
– Affectés au fonds des activités régionalisées	0	0	0	0
– Affectés au fonds d'immobilisations	(116 751)	0	0	(116 751)
Autres transferts interfonds	(4 165)	0	34 076	29 911
Variation de l'exercice	42 565 $	(5 349) $	(986 621) $	(949 405) $
Solde créditeur – à la fin	372 895 $	151 839 $	8 671 134 $	9 195 868 $

3.1.9 ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2014

ENVELOPPE RÉGIONALE	2013-2014
ENVELOPPE RÉGIONALE	
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	849 374 659 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE	
Allocations aux établissements	794 596 982 $
Allocations aux organismes communautaires	19 865 642 $
Allocations à d'autres organismes	834 669 $
MONTANT DES ALLOCATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE INSCRITES DANS LE SYSTÈME SBF-R	
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	28 415 843 $
Total	**843 713 136 $**
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	**5 661 523 $**
COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	
– Comptes à payer signifiés	1 223 650 $
COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE POUR LES ORGANISMES AUTRES QUE LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	
– Comptes à payer signifiés	4 318 368 $
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	**5 542 018 $**
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	119 505 $
Excédent de l'enveloppe sur les affectations	**0 $**

3.1.10 NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

:: NOTE 1 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la LSSSS et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Sherbrooke. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

:: NOTE 2 – PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

2.1 RÉFÉRENTIEL COMPTABLE

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*, à l'exception des éléments suivants :

Lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 - Paiements de transfert tel que requis par le MSSS, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

2.2 UTILISATION D'ESTIMATIONS

La préparation du *Rapport financier annuel* exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date du *Rapport financier annuel* ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, le passif au titre des avantages sociaux futurs.

Au moment de la préparation du *Rapport financier annuel*, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

2.3 COMPTABILITÉ D'EXERCICE

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Conformément aux dispositions de la LSSSS, l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1er avril au 31 mars. Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail qui regroupe les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail, visés par le chapitre VIII de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, ne couvre pas la même période; l'exercice financier s'étend du 16 décembre 2012 au 11 janvier 2014.

2.4 PÉRIMÈTRE COMPTABLE

Le périmètre comptable comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle de l'Agence, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

2.5 REVENUS

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'Agence bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'Agence bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'Agence bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passés aux résultats au fur et à mesure que l'Agence bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

2.6 REVENUS D'INTÉRÊTS

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

2.7 AUTRES REVENUS

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

2.8 DÉPENSES DE TRANSFERT

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence cédante les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

2.9 SALAIRES

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

2.10 CHARGES INHÉRENTES AUX VENTES DE SERVICES

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

2.11 DÉBITEURS

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

2.12 FRAIS D'ÉMISSION, ESCOMPTE ET PRIME LIÉS AUX EMPRUNTS

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

2.13 CRÉDITEURS ET AUTRES CHARGES À PAYER

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

2.14 DETTES À LONG TERME

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

2.15 DETTES SUBVENTIONNÉES PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

2.16 AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

2.17 RÉGIME DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au *Rapport financier annuel*.

2.18 IMMOBILISATIONS

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Améliorations locatives	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Développement informatique	5 ans
Équipement de communication multimédia	5 ans
Équipement informatique	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Location-acquisition	Selon la nature du bien

2.19 FRAIS PAYÉS D'AVANCE

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

2.20 COMPTABILITÉ PAR FONDS

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes, aux subventions et à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence.

De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

2.21 PRÊTS INTERFONDS

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

2.22 TRANSFERTS INTERFONDS

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts entre fonds sont comptabilisés directement à l'état du solde de fonds et non pas comme une charge au fonds d'origine et un revenu au fonds receveur.

2.23 CLASSIFICATION DES ACTIVITÉS

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales : Les activités principales regroupent les opérations qui découlent de la fonction que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires : Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

- Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des Agences. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent du MSSS, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes parapublics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.
- Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

2.24 CENTRES D'ACTIVITÉS

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

2.25 AVOIR-PROPRE

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

:: NOTE 3 – MODIFICATIONS COMPTABLES

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement –réforme comptable

La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations à la suite de l'expérience acquise au cours des dernières années.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2014
Subventions à recevoir – Immobilisations – Écart de financement – Réforme comptable	(2 758 231)$
Subventions – Gouvernement du Québec	---
Surplus (déficits) de l'exercice	500 031 $

:: NOTE 4 – FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au *Rapport financier annuel* sont les suivants :

	2014	2013
FONDS D'EXPLOITATION		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	23 404 $	69 687 $
FONDS D'IMMOBILISATIONS		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	1 158 282 $	2 179 177 $
FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	855 965 $	1 511 310 $
FONDS AFFECTÉS		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	19 846 $	116 751 $

:: NOTE 5 – EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2014, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 41 341 000 $, au taux de base des acceptations bancaires d'un mois d'échéance, pour les emprunts effectués par billets-grille et par période de 30 jours.

Les emprunts effectués directement sur la marge de crédit, non empruntés en billets-grille, portent intérêt au taux préférentiel de la Banque moins 1,75 %.

La convention de crédit est renégociable le 31 décembre 2015.

	2014	2013
Emprunt sur billets-grille au taux de base des acceptations bancaires. Le taux en vigueur au 31 mars 2014 est de 1,52 %.	21 040 514 $	23 610 687 $

:: NOTE 6 – DETTES À LONG TERME

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

	2014	2013
Emprunt, portant intérêt au taux de 6,186 %, remboursable par versements annuels de 412 033 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2015.	2 050 807 $	2 462 840 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 334 386 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014.	4 355 755 $	4 690 141 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 300 913 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014.	1 187 183 $	1 488 096 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 1 087 351 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016	5 820 040 $	6 907 391 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 472 767 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	1 418 302 $	1 891 069 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 16 088 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	--- $	305 665 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,406 %, remboursable par versements annuels de 41 609 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018.	957 005 $	998 614 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,406 %, remboursable par versements annuels de 607 453 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018.	2 927 997 $	3 535 450 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,1268 %, remboursable par versements annuels de 53 633 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018.	1 228 199 $	
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,1268 %, remboursable par versements annuels de 820 183 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018.	4 535 660 $	
Solde à reporter	**18 717 089 $**	**22 279 266 $**

	2014	2013
Solde à reporter	**18 717 089 $**	**22 279 266 $**
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 820 183 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	--- $	5 355 844 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,213 %, remboursable par versements annuels de 100 287 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2018.	1 777 333 $	1 877 620 $
Emprunt, portant intérêt à un taux variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursable par versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	4 017 017 $	5 266 688 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 477 893 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	2 907 000 $	3 384 893 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 81 089 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	1 540 695 $	1 621 784 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par versements annuels de 40 423 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	889 303 $	929 725 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par versements annuels de 188 569 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	2 074 259 $	2 262 828 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,6497 %, remboursable par versements annuels de 38 968 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2016.	857 162 $	896 124 $
	38 543 717 $	**43 874 772 $**
Tranche échéant à moins d'un an	15 212 271 $	11 094 914 $
	27 448 803 $	**32 779 858 $**

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2015	15 212 271 $
2016	5 381 700 $
2017	9 317 774 $
2018	1 914 854 $
2019	5 213 859 $
	37 040 458 $

:: NOTE 7 – OBLIGATIONS DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION ACQUISITION

	2014	2013
Quatre contrats de location de photocopieurs et de matériel informatique remboursables par versement annuel	45 376 $	91 574 $
Montant total des paiements minimums futurs	45 376 $	91 574 $
Tranche échéant à moins d'un an	25 494 $	46 198 $
	19 882 $	**45 376 $**

Les paiements minimums futurs exigibles sur les contrats de location-acquisition au cours des prochains exercices sont les suivants :

2015	25 494 $
2016	17 060 $
2017	2 131 $
2018	691 $
2019	0 $

:: NOTE 8 – DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le C. A. le 11 juin 2013.

La tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic a eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice.

:: NOTE 9 – INSTRUMENTS FINANCIERS

INSTRUMENTS FINANCIERS

En vertu de la LSSSS (chapitre S-4.2), le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du RSSS détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposés par la Loi en ce sens, et par le fait que les données financières de l'Agence sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'applique pas la norme sur les instruments financiers.

L'Agence ne détenait pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

AMORTISSEMENT DES FRAIS REPORTÉS LIÉS AUX DETTES

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire. Cependant, selon le chapitre SP 3450 – Instruments financiers, la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AUX RISQUES FINANCIERS

L'Agence est exposée à divers risques par le biais de ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

Risque de crédit

Le risque de crédit correspond au risque de perte financière pour l'Agence si une contrepartie manque à ses obligations. Ce risque découle principalement des créances.

Le risque de non-recouvrement est atténué du fait que les soldes à recevoir proviennent en majorité de l'Agence et du MSSS.

Risque de liquidité

L'Agence est exposée au risque de liquidité principalement en ce qui a trait à ses dettes d'exploitation, à son emprunt bancaire et à sa dette long terme.

L'Agence gère son risque de liquidité en analysant continuellement les résultats projetés et actuels. Le C. A. révise et approuve le budget opérationnel et les dépenses en capital de l'Agence ainsi que toutes les transactions significatives qui ne sont pas effectuées dans le cours normal des activités.

Risque lié aux taux d'intérêt

L'Agence assume des emprunts à long terme comportant des taux d'intérêts fixes. Pour les dettes à taux d'intérêts fixe, les risques auxquels cette dernière est exposée sont minimes.

:: NOTE 10 – MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu de l'article 387 de la LSSSS (chapitre S-4.2), une agence doit maintenir l'équilibre entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses dépenses.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'Agence n'a pas respecté cette obligation légale.

Le résultat des opérations des activités principales se solde par un excédent des dépenses sur les revenus de 75 $ et est imputé à l'avoir propre.

Le résultat des opérations des activités accessoires se solde par un déficit de 25 037 $ et est imputé à l'avoir propre.

3.2 ÉTATS FINANCIERS DU RÉSEAU

3.2.1 SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS

:: ALLOCATIONS 2013-2014

En 2013-2014, les revenus des établissements furent de 908 567 825 $; incluant le budget de fonctionnement accordé par l'Agence, la contribution des usagers et des usagères, et les ventes de services. Les revenus des établissements publics représentent 899 040 870 $ et ceux des établissements privés conventionnés totalisent 9 526 955 $. Vous trouverez, au tableau de la page 179, le détail de ce budget par établissement, ainsi que les surplus et déficits pour les exercices 2013-2014 et 2012-2013.

De plus, en 2013-2014, les efforts d'optimisation se sont poursuivis avec le premier volet découlant du projet de loi n° 100, soit le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux ainsi que la réduction de 10 % des dépenses administratives à terme, et le deuxième volet de ces efforts relié à d'autres mesures d'optimisation, permettant ainsi de contenir à 5 % la croissance des dépenses des secteurs de la santé et des services sociaux. Un effort supplémentaire de 6 548 400 $ relié à d'autres mesures est venu s'ajouter en 2013-2014.

Les orientations budgétaires suivantes furent adoptées pour l'utilisation des budgets 2013-2014 :

- Distribuer le montant relatif aux efforts d'optimisation 2013-2014 sur la base des budgets nets 2012-2013 des établissements publics et privés.
- Confirmer les crédits 2013-2014 alloués à la région par le MSSS incluant, entre autres, une somme de 3 867 600 $ pour les coûts de système spécifique.
- Utiliser la méthode habituelle et reconnue (médicaments et fournitures médicales) pour la répartition de l'indexation spécifique.
- Utiliser la méthode habituelle et convenue (budget en vieillissement et santé physique) pour répartir le solde résiduel provenant de l'indexation spécifique.
- Utiliser une nouvelle méthode d'allocation pour répartir le montant de 4 081 300 $ reçu pour le programme-services SAPA.

Un montant récurrent de 2 251 673 $ a été réparti entre les établissements publics et privés pour les coûts spécifiques de médicaments et de fournitures médicales, et le solde résiduel de 1 615 927 $ a été alloué pour la courte durée. Une somme de 1 292 742 $ a été attribuée au CHUS et le solde de 323 185 $ a été réparti entre les CSSS de la région selon la méthode d'allocation des budgets en vieillissement et santé physique, comme pour les années antérieures.

:: ALLOCATIONS BUDGÉTAIRES 2013-2014 POUR LE PROGRAMME-SERVICES SAPA

Le MSSS accordait également, pour l'exercice financier 2013-2014, une allocation non récurrente de 4 081 300 $ pour le soutien à domicile des personnes âgées. De ce montant, 495 700 $ ont été attribués aux organismes communautaires afin de consolider le soutien à la mission globale. La balance du montant, soit 3 585 600 $, a été répartie entre les CSSS.

:: FONDS D'EXPLOITATION AVANT LES TRANSFERTS INTERFONDS

AS-471	FONDS D'EXPLOITATION						
	Activités principales			Activités accessoires	Utilisation du surplus cumulé	Surplus (déficit) ajusté	
	Revenus	Dépenses	Surplus (déficit)	Surplus (déficit)		2013-2014	2012-2013
	P.358 L.12 C.2 a	P.358 L.25 C.2 b	P.358 L.26 C.2 c a-b	P.358 L.26 C.3 d	e	f c à e	g
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS							
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	411 710 251	413 285 373	(1 575 122)	1 251 594	323 528[1]		[2] 1 861 048
Centre jeunesse de l'Estrie	53 862 444	54 595 182	(732 738)	25 298	1 000 000	292 560	1 311 748
Centre de réadaptation Estrie	21 748 431	21 996 930	(218 499)	(41 753)	218 499	(41 753)	110 422
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Estrie	38 875 331	38 167 679	207 652			207 652	
Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie	6 310 411	6 263 944	46 467	2 204		48 671	71 784
Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	169 695 332	169 566 170	129 162	1 158		130 320	950 848
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	20 737 935	20 653 027	84 908			84 908	274 291
Centre de santé et de services sociaux du Granit	36 968 957	36 788 436	180 521	5 090		185 611	152 726
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François	22 167 150	22 168 609	(1 459)	950	509		66 468
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	66 300 926	65 279 517	1 021 409	39 720		1 061 129	3 016 352
Centre de santé et de services sociaux des Sources	23 941 358	23 994 720	(53 362)	62 778		9 416[3]	231 399
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François	27 222 344	27 191 316	31 028	1 694		32 722	213 245
Total partiel	**899 040 870**	**899 920 903**	**(880 033)**	**1 348 733**	**1 542 536**	**2 011 236**	**8 260 331**
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS							
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont	5 195 250	5 188 004	7 246			7 246	21 474
Centre d'hébergement Champlain-de-la-Rose-Blanche	4 331 705	4 196 869	134 836	2 116		136 952	137 167
Total partiel	**9 526 955**	**9 384 873**	**142 082**	**2 116**		**144 198**	**158 641**
Total GLOBAL	**908 567 825**	**909 305 776**	**(737 951)**	**1 350 849**	**1 542 536**	**2 155 434**	**8 418 972**

[1] En tenant compte de la contribution des surplus cumulés des affectations d'origine interne en lien avec les projets de recherche, l'établissement est en équilibre budgétaire.
[2] Un changement au niveau de la présentation des transferts budgétaires reliés aux projets autofinancés - activités principales - a été apporté en 2013-2014. Les montants des colonnes f et g ne peuvent être comparés.

3.2.3 OPTIMISATION DES RESSOURCES

:: DÉVELOPPEMENT – OPTIMISATION 2009-2010 À 2013-2014

	2009-2010	2010-2011	2011-2012[1]	2012-2013[2]	2013-2014[3]	TOTAL
Déficience intellectuelle et TED	736 745	207	108 326	698 774	41	1 544 093
Déficience physique	509 204	11 143	193 943	648 048	9 668	1 372 006
Dépendances	7 246	205	76 327	302	469	84 549
Jeunes en difficulté	10 923	4 169	2 384	324 844	1 188	343 508
Perte d'autonomie	322 639	262 853	4 461 227	6 260 663	11 731 686	23 039 068
Santé mentale	174 301	169 958	159 661	95 022	97 211	696 153
Santé physique	4 269 143	4 062 983	3 926 168	3 449 760	3 574 947	19 283 001
Santé publique	13 546					13 546
Services généraux	17 827					17 827
Administration	241 506					241 50
Soutien aux services						
Gestion des bâtiments						
Total partiel	**6 303 080**	**4 511 518**	**8 928 036**	**11 477 413**	**15 415 210**	**46 635 257**
OPTIMISATION DES RESSOURCES						
Cible de réduction de 25 %				Note 4		
- Publicité, frais de déplacement, congrès		(336 297)	(7 783)	(7 702)	(8 954)	**(360 736)**
- Formation		(3 329 435)	(76 958)	(76 158)	(88 536)	**(3 571 087)**
Un retraité sur deux (administratif)		(365 087)	(2 258 631)	(58 415)	(68 364)	**(2 750 497)**
Compression supplémentaire			(1 687 500)	(7 069 209)	(6 753 890)	**(15 510 599)**
Total partiel		**(4 030 819)**	**(4 030 872)**	**(7 211 484)**	**(6 919 744)**	**(22 192 919)**
TOTAL	**6 303 080**	**480 699**	**4 897 164**	**4 265 929**	**8 495 466**	**24 442 338**

[1] Inclut les allocations non récurrentes de 4,2 M$ en SAPA et 294 515 $ en DI-TED/DP.
[2] Inclut les allocations non récurrentes de 6 M$ en SAPA et récurrentes de 1,3 M$ en DI-TED/DP et de 324 792 $ en AED.
[3] Inclut l'écart de l'allocation non récurrente de SAPA de 14 632 431 $ – 6 879 421 $ en 2012-2013.
[4] Ajustements en 2012-2013 afin de tenir compte de l'indexation.

3.2.4 AUTORISATIONS D'EMPRUNT TEMPORAIRE

L'Agence a recommandé au MSSS trois autorisations d'emprunt temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2013-2014. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2014.

SOMMAIRE DES AUTORISATIONS D'EMPRUNT EN VIGUEUR AU 31 MARS 2014

Budget régional	Montant total des budgets		
Budget de fonctionnement des établissements publics de la région	841 822 378 $		
Nature des autorisations	**Montant des emprunts autorisés**	**Pourcentage du budget régional**	**Montant réel des emprunts au 31 mars 2014**
Dépenses courantes de fonctionnement • Équilibre budgétaire	51 000 000 $	6,058 %	28 537 581 $
Dépenses en immobilisations • Acquisitions autofinancées	11 344 459 $	1,347 %	10 435 701 $
TOTAL	**62 344 459 $**	**7,405 %**	**38 973 282 $**

Le total des autorisations d'emprunt pour les dépenses courantes de fonctionnement a diminué de 6 M$ en 2013-2014 passant ainsi de 57 M$ au 31 mars 2013, à 51 M$ au 31 mars 2014. L'Agence ne peut autoriser un total d'emprunts contractés pour des dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation (acquisitions autofinancées) supérieur à 5,6 M$. Donc, pour obtenir un montant d'emprunts autorisés à 11,3 M$, l'Agence a dû demander une autorisation ministérielle.

3.2.5 ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2013-2014 BASE ANNUELLE	2012-2013 BASE ANNUELLE
MAINTIEN À DOMICILE	$	$
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	251 932	218 124
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	149 328	126 864
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	208 655	186 665
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	152 267	129 756
Centre d'action bénévole de Windsor	126 538	111 269
Centre d'action bénévole du Granit	234 567	207 920
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	268 358	243 472
Centre d'action bénévole R. H. Rediker	151 587	129 088
Centre d'action bénévole Valcourt et région	115 130	100 040
Centre de bénévolat de Richmond	120 992	105 810
Handi-Apte (L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile)	172 841	170 120
La Société Alzheimer de l'Estrie	95 508	94 004
Le Centre d'action bénévole des Sources (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	211 965	189 786
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	302 364	267 761
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	142 578	115 727
Rayon de soleil de l'Estrie	110 947	79 358
Sercovie	278 812	244 456
Total — Maintien à domicile	**3 094 369**	**2 720 220**

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2013-2014 BASE ANNUELLE	2012-2013 BASE ANNUELLE
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	$	$
Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées)	7 828	7 705
Animation jeunesse Haut-Saint-François	43 103	42 424
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	135 553	133 418
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	151 981	149 588
TDA/H Estrie	151 979	149 586
TDA/H Estrie	3 222	3 171
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI)	117 606	115 754
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	55 165	54 296
Association des accidentés cérébraux-vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie (ACTE)	270 238	265 982
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	84 948	83 610
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	210 994	207 671
Association des sourds de l'Estrie	55 165	54 296
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (05)	30 717	30 233
Association du syndrome de Down de l'Estrie	57 970	57 057
Association Épilepsie Estrie	32 650	32 136
Association estrienne pour l'information et la formation des aînés et aînées (AEIFA)	118 309	31 993
Au point 14-18 de Danville	84 946	83 608
Azimut-Nord	45 530	44 813
Banque alimentaire Memphrémagog	95 398	93 895
Bulle et Baluchon	137 100	134 940
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	63 728	62 724
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (CAB)	25 952	25 543

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2013-2014 BASE ANNUELLE	2012-2013 BASE ANNUELLE
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (familles + PPP)	44 694	43 991
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (P.I.E.D.)	7 830	7 706
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (MG)	16 875	16 609
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (P.I.E.D.)	4 180	4 114
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	11 910	11 722
Centre d'action bénévole du Granit (CAB)	28 781	28 328
Centre d'action bénévole du Granit (familles + PPP)	18 632	18 423
Centre d'action bénévole du Granit (P.I.E.D.)	10 735	10 483
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (CAB)	11 580	11 398
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (P.I.E.D.)	8 454	8 321
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	2 797	2 753
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)	10 590	10 423
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)	19 052	18 755
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (P.I.E.D.)	5 381	5 293
Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	10 590	10 423
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	404 243	397 877
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	81 105	79 830
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (familles)	8 296	8 165
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (violence)	190 079	164 371
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	16 629	16 367
Arrimage Estrie	151 977	149 585
Centre des femmes de la MRC du Granit	193 030	189 990
Centre des femmes du Val-Saint-François	193 227	190 184

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2013-2014 BASE ANNUELLE	2012-2013 BASE ANNUELLE
Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	28 469	28 021
Centre des femmes La Parolière	193 031	189 991
Centre des femmes Lennoxville et environs	197 630	194 518
Centre des femmes Memphrémagog	193 130	190 089
Centre des jeunes de Lennoxville	85 359	84 015
Centre l'Élan	156 809	154 340
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	197 629	194 517
Centre Regroupement jeunesse de Rock Forest	78 740	77 500
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	184 141	181 241
Corporation jeunesse Memphrémagog	102 577	100 962
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	92 553	91 096
Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	95 397	93 895
Cuisines collectives du Haut-Saint-François	84 956	83 618
Diabète Estrie	55 167	54 297
Dysphasie-Estrie	86 686	85 321
Élixir ou l'Assuétude d'Ève	151 981	149 588
Étincelles de bonheur du Haut-Saint-François	81 109	79 832
Famille Espoir	23 102	22 738
Famille Plus	23 102	22 738
Handi-capable	46 348	45 618
Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie)	22 859	22 500
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	403 167	396 819
L'A.R.C.H.E. de l'Estrie	213 439	210 078
L'Autre-Rive	152 031	149 637

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2013-2014 BASE ANNUELLE	2012-2013 BASE ANNUELLE
L'Ensoleillée - ressource communautaire en santé mentale	127 345	125 340
L'Escale de l'Estrie	862 589	849 004
La Bouée régionale Lac-Mégantic	677 010	666 349
La Chaudronnée de l'Estrie	87 525	86 147
La Cordée, ressource alternative en santé mentale	399 110	392 825
La Croisée des Sentiers	119 366	117 486
La Cuisine Amitié de la MRC des Sources	81 109	79 832
La Grande Table	81 109	79 832
La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	56 765	55 871
La Maison Caméléon de l'Estrie	57 933	57 021
La Maison de la famille du Granit	30 931	30 444
La Maison des familles FamillAction	16 309	16 052
La Maison des jeunes Actimaje	86 965	85 595
La Maison des jeunes de Coaticook	86 962	85 593
La Maison des jeunes de l'Or Blanc	98 178	96 632
La Maison des jeunes de la St-François	111 442	109 687
La Méridienne 1990	676 995	666 334
La Passerelle de Weedon	193 129	190 088
La Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	28 887	28 432
La Relève du Haut-St-François (Le Comité de la relève de Scotstown)	33 001	32 481
La Société Alzheimer de l'Estrie	256 377	149 588
La Source-Soleil	353 201	347 639
Le Centre d'action bénévole des Sources (CAB) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	17 907	17 625

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2013-2014 BASE ANNUELLE	2012-2013 BASE ANNUELLE
Le Centre d'action bénévole des Sources (Famille) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	5 043	4 964
Le Domaine de la sobriété	151 980	149 587
Le Pont, organisme de justice alternative	381 705	375 693
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	4 391	4 322
Le Rivage du Val-Saint-François	145 246	142 959
Le Seuil de l'Estrie	211 029	197 706
Les Fantastiques de Magog	81 109	79 832
Les Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie	42 449	41 781
Les Jeunes du coin d'Ascot	85 358	84 014
Les Soupapes de la bonne humeur	81 109	79 832
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	79 841	78 584
Les Tabliers en folie	97 501	95 966
Local des jeunes des Jardins-Fleuris	14 275	14 050
Maison de la famille de Sherbrooke	8 353	8 221
Maison de la famille Memphrémagog	31 000	30 512
Maison des grands-parents de Sherbrooke	4 252	4 185
Maison des jeunes de Fleurimont	28 887	28 432
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	44 209	43 513
Maison des jeunes l'Initiative	86 596	85 232
Maison Jeunes-Est	216 091	212 688
Marraine Tendresse de l'Estrie	24 948	24 555
Moisson-Estrie	154 739	152 302
MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	157 444	105 752

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2013-2014 BASE ANNUELLE	2012-2013 BASE ANNUELLE
Naissance-Renaissance Estrie	184 781	181 871
Points Jeunesse du Granit	103 837	102 202
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	207 436	115 864
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	18 076	17 792
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	105 939	104 271
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	26 114	25 703
Ressources communautaires en santé mentale «L'Éveil»	119 562	117 678
S.O.S. Grossesse (Estrie)	151 979	149 586
S.P.E.C. Tintamarre inc.	202 180	198 995
Santé mentale Estrie	27 102	26 675
Secours-Amitié (Estrie)	175 921	173 151
Séjour la Bonne Œuvre	665 612	655 130
Sercovie (personnes âgées)	30 439	30 083
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	151 979	149 587
Société de l'autisme et des TED de l'Estrie (SATEDE)	32 649	32 135
SPOT Jeunesse de Sherbrooke	85 359	84 015
Unité DOMRÉMY d'Asbestos	81 109	79 832
Unité DOMRÉMY Danville-Shipton	21 611	28 510
Unité DOMRÉMY de Windsor	14 650	14 419
Virage Santé Mentale	126 585	124 592
Zone libre Memphrémagog	82 333	81 036
TOTAL - Promotion et services à la communauté	**15 673 114**	**15 076 229**
GRAND TOTAL	**18 767 483**	**17 796 449**

Annexe

Code d'éthique et de déontologie

À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS ET DES ADMINISTRATRICES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

ADOPTÉE PAR LE C. A. LE 14 AVRIL 2014

:: DÉCLARATION DE PRINCIPE

CONSIDÉRANT LES FONCTIONS DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE :

- d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population de l'Estrie;
- d'élaborer des orientations relatives aux services à offrir;
- de répartir équitablement les ressources mises à la disposition de l'Agence.

CONSIDÉRANT LA MISSION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE :

« L'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, principalement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. »

ET LES VALEURS DE L'ORGANISATION :

- le respect;
- l'équité;
- le partenariat;
- la reconnaissance;
- la performance.

Les membres du conseil d'administration ont adopté le *Code d'éthique et de déontologie* suivant pour régir leurs actions.

1 DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1.1 À son entrée en fonction, tout administrateur nommé au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code. La notion d'administrateur désigne les membres nommés au conseil d'administration et s'étend au président-directeur général ou à la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ainsi qu'au directeur ou à la directrice de la santé publique.

1.2 Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté, et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de l'Estrie.

1.3 Les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.

1.4 Les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de l'Agence, en utilisant un langage et un comportement appropriés et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.

1.5 Les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou est jugée confidentielle par le conseil d'administration.

1.6 Les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisanes.

1.7 Après l'expiration de son mandat, tout administrateur continue de témoigner du respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

2 CONFIDENTIALITÉ ET CONFLITS D'INTÉRÊTS

2.1 Tout administrateur doit éviter tout conflit d'intérêts ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.

2.2 Chaque administrateur doit poser des gestes dont il peut, lorsqu'il en est tenu, discuter ouvertement et sans réserve en public.

2.3 Aucun administrateur ne doit rechercher, pour lui ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges dans l'exercice de ses fonctions.

2.4 Tout administrateur autre que le président-directeur général et le directeur de santé publique qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

En vertu du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c. M-30, r.0.1, a.10), le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit se départir de tout intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts.

2.5 Après l'expiration de son mandat, tout administrateur doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.

2.6 Avant d'entrer en fonction, tout administrateur doit signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 2 du présent code et il doit amender et compléter cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

3 ACTIVITÉS POLITIQUES

3.1 Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c. M-30, r.0.1) le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

3.2 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général d'un organisme qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

4 RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

4.1 L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

4.2 L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

4.3 L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; il demandera le huis clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.

4.4 Dans le cadre d'une assemblée, l'administrateur évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

4.5 L'administrateur a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

4.6 L'administrateur évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y œuvrent.

5 INTÉGRITÉ

5.1 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

5.2 L'administrateur ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

6 APPLICATION DU CODE

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

6.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président.

6.3 Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

6.4 À défaut par le président ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

6.5 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

6.6 Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

6.7 Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

6.8 À défaut par le président ou le vice-président de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administrateurs.

6.9 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

6.10 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au Code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

6.11 Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflits d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.

6.12 Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.

6.13 Les délibérations du président, du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis clos et sont confidentielles. Seules l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administrateur visé pourront être rendues publiques.

6.14 Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

7 PUBLICITÉ DU CODE

7.1 L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs et des administratrices de l'Agence, à toute personne qui en fait la demande.

7.2 Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Les établissements

CRDITED de l'Estrie (centre de réadaptation – déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement)

Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont (centre pour personnes en perte d'autonomie)

Centre d'hébergement et de soins de longue durée Wales (centre pour personnes en perte d'autonomie)

Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie (toxicomanie, alcoolisme, jeu pathologique)

Centre de réadaptation Estrie (centre de réadaptation – déficience physique)

Centre de santé et de services sociaux–Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Centre de santé et de services sociaux des Sources

Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook

Centre de santé et de services sociaux du Granit

Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François

Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Centre jeunesse de l'Estrie (protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour les jeunes et les mères en difficulté d'adaptation)

Centre d'hébergement Champlain-de-la-Rose-Blanche (centre d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes ayant des problèmes de santé mentale)

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

SIÈGE SOCIAL

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

295, rue Olivier
Sherbrooke (Québec) J1H 1X4
Téléphone : 819 566-7861

MEMBRE AFFILIÉ
Réseau
PLANETREE
Québec